

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

ASPECTS PSYCHOLOGIQUES DES ATTENTATS SEXUELS SUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

par

MM. R. LAFON, J. TRIVAS et R. POUGET

Le problème des attentats sexuels sur les mineures

HISTORIQUE

L'accroissement progressif des attentats sexuels sur les mineures avait, dès 1858, attiré l'attention de Tardieu. Dans les comptes rendus généraux de l'administration pénitentiaire, il écrivait : « Il est une espèce de crimes dont l'accroissement est extraordinaire, je veux parler des attentats sexuels avec ou sans violences sur les enfants. » D'après ses résultats, ces attentats sont trois fois supérieurs à ceux commis sur les adultes.

Depuis cent ans que sont devenues ces données ?

Elles se sont affirmées et précisées sous l'influence des médecins aliénistes et des médecins experts de médecine légale. Toinot, avec 632 cas, insiste sur l'influence de la vie en milieu urbain et sur l'importance du nombre de victimes âgées de moins

de 13 ans. Les auteurs de ces attentats sont surtout âgés de 30 à 40 ans, proportion démographique normale.

Legludic s'attache plus spécialement à la personnalité des auteurs. Sur 134, il relève 17 pères, deux beaux-pères, deux oncles, un cousin germain ; tous les autres n'ont aucun lien de parenté avec leur victime.

Brouardel classe sommairement les auteurs suivant leur niveau scolaire en trois catégories : les ignorants : 198 ; ceux qui ont une instruction supérieure : 53 ; ceux qui ont une instruction allant jusqu'au baccalauréat : 585 (pour un total de 836 cas).

Avec Simonin, nous trouvons un essai d'étude sociologique, mais tous les médecins précédents se sont penchés surtout sur les auteurs des attentats. En France, Gelma le premier, semble-t-il, et Gelma et Singer par la suite abordent l'étude des victimes, ainsi que Heuyer, Sauget, et Lebovici, Schachter, Mlle Cotte, et à l'étranger, Kraft-Ebing, Friedlander.

Enfin, Palm et Abramansen font une étude sur les femmes des auteurs d'attentats sexuels.

Plus récemment encore, les statistiques officielles du Ministère de la Justice, pour les années 1848 à 1851 incluses, montrent que :

1) Leur nombre ne diminue pas, alors que décroît celui des attentats sexuels commis sur des adultes.

2) Il est égal à la somme des meurtres, assassinats, coups et blessures.

3) Il représente les $\frac{3}{4}$ des attentats sexuels.

4) L'ivresse ne joue que dans 9 % des cas, alors qu'elle joue dans 12 % pour le meurtre et dans 25 % pour les coups et blessures.

Pensant avoir une base sûre, nous nous étions référés au Code pénal qui, dans ses articles 331 à 333, n'avait pas fait la distinction entre viol et attentat à la pudeur et punissait ces deux crimes (par crime, le Code qualifie un acte délictueux dont l'auteur est jugé par une Cour d'Assise). La réforme de 1832 aggrave les peines prévues pour le viol et punit l'attentat à la pudeur *sans violence* sur des mineurs de 15 ans (21 ans si l'auteur est un ascendant).

L'ordonnance du 8 février 1945 réprime l'attentat homosexuel sur les mineurs de 21 ans.

En fait, la distinction entre viol et attentat à la pudeur est difficile à faire. En effet, la tentative de viol est punie comme

l'acte consommé. Comment différencier une tentative de viol d'avec l'attentat à la pudeur ? L'appréciation est laissée à la conviction intime des juges. Aussi nous avons réuni ces deux actes dans une même étude qui écarte délibérément les deux autres variétés de délits sexuels, l'homosexualité et l'outrage public à la pudeur (exhibitionnisme). Cette unité s'est précisée à mesure que nous avançons dans ce travail.

Dernier point juridique à préciser : l'appréciation de la contrainte ou de la violence. La jurisprudence s'en tient à une interprétation aussi stricte lorsque les victimes sont adultes, que large lorsqu'il s'agit d'enfants. Dans ce dernier cas, elle considère que les violences physiques ou la contrainte ne sont pas nécessaires puisque « l'enfant ne possède ni la force, ni la volonté, ni le discernement qui lui permettraient de résister à l'agresseur ». Nous verrons le caractère spécieux de cette argumentation basée sur un préjugé qui veut que les attentats sexuels sur les adolescentes et les enfants soient le fait de sadiques ou d'hypergénitaux ayant besoin d'assouvir un excès de besoins sexuels. Le deuxième préjugé est celui de l'innocence enfantine que nous examinerons en son temps.

Comment un problème qui dépasse en importance ceux réunis des assassinats, des meurtres et des coups et blessures, n'a-t-il pas attiré l'attention de plus d'auteurs, médecins légistes ou psychiatres ?

En fait, le terrain sur lequel on s'engage est très mouvant puisque le code lui-même, qui à l'origine n'a pas défini le viol, — et les attentats aux mœurs —, le définit par la suite comme un acte contraire aux mœurs. Ainsi surgit la notion de mœurs, essentiellement culturelle.

L'attentat sexuel sur les mineures apparaît dès lors comme un problème culturel, donc variable. En effet, l'acte sexuel est considéré comme un engagement et, dans notre culture, l'engagement féminin a une signification plus lourde que l'engagement masculin, par la possibilité de maternité : l'engagement procréateur prend une place considérable. De même, la valeur symbolique culturelle de la femme intervient dans l'élaboration des concepts et mythes religieux et sociaux comme la notion de terre mère, du géant Anthée dans les civilisations grecques. Derrière l'attentat sexuel se profile le problème de la mère, de son rôle et de son importance, dans la genèse des interdits sociaux. Avant d'envisager l'étude des comportements que nous nous sommes proposé de faire, il nous semble utile de donner quelques préci-

sions sur le sens du terme de « culture » que nous avons employé à plusieurs reprises sans le définir, et d'envisager les variations culturelles de la sexualité, en particulier de l'inceste.

On a défini la culture comme une seconde nature : seconde parce que la forme de culture est contingente par rapport à la nature humaine, nature parce qu'on ne choisit pas son milieu, on n'est pas libre de ne pas recevoir la culture. C'est alors comme une nature.

Il n'est pas étonnant que, pour l'enfant, la culture prenne l'apparence de la nature ; l'idée que la personnalité est une acquisition ne doit pas nous en faire exagérer la plasticité. L'enfant n'est pas prédestiné par nature, il l'est par son milieu, et c'est alors une nécessité. Ce qui explique que bien des conduites, quoique acquises, gardent le caractère stéréotypé de l'instinct.

La culture est contingente : lorsqu'elle a été établie, plusieurs solutions se présentaient et le choix a été apparemment libre. Par contre, l'universalité est le critère de la nature. Une certaine forme de famille est un fait culturel (monogamie, polygamie, etc...), mais on ne connaît pas de société sans structure familiale ; la famille est bien un fait universel.

La définition de l'inceste et ses limites subissent des variations, mais il existe toujours une règle considérant comme incestueuses certaines unions. L'inceste est naturel, sa définition et ses limites sont culturelles.

Comment expliquer l'universalité de la prohibition de l'inceste ?

Trois thèses classiques s'opposent à celle de Lévi-Strauss. Ce sont :

a) la thèse de la raison utilitaire qui invoque le danger pour la descendance des unions consanguines. Son finalisme et son caractère simpliste lui donnent peu d'audience ;

b) la thèse de la « voix du sang » qui interdisait, par une règle terrible et immuable, l'inceste. C'est peu vraisemblable : l'inceste existe et, si le lien de parenté n'est pas connu, il peut se réaliser librement sans que les partenaires en aient conscience ;

c) la thèse de Durrheim soutient que la prohibition de l'inceste serait une survivance de l'obligation à l'exogamie dans le clan totémique. Le fait de prendre femme à l'intérieur du clan est incestueux.

L'inconvénient de cette hypothèse est de rendre les institutions actuelles prisonnières d'un déterminisme historique strict en ne les expliquant qu'en fonction du passé.

d) Lévi-Strauss donne une explication plus satisfaisante. Pour lui, la prohibition de l'inceste résulte des obligations de groupe à groupe, dont le type est l'échange, qui régissent toute société. Or, par la tendance à la polygamie de la société primitive, les femmes risquent de devenir un bien rare ; il est important qu'une famille ne conserve pas ses femmes pour que des hommes ne soient pas exposés à rester sans épouse. La prohibition de l'inceste devient le devoir de donner ses parentes aux autres hommes en s'ouvrant le droit à la réciprocité. C'est le devoir de donner avec réciprocité et les règles de l'échange exigent le maximum de réciprocité et, dans nos cultures modernes, persiste seulement le côté négatif de la prohibition de l'inceste. Le côté positif, c'est-à-dire l'échange, a disparu à la suite de la liberté de l'alliance matrimoniale selon des normes économiques.

Les limites de l'inceste, avons-nous dit, ont varié. Ainsi, sous les rois carolingiens, la définition de l'inceste visait la parenté jusqu'au septième degré.

La manière d'envisager les attentats sexuels a varié dans les principales législations qui ont régi les sociétés structurées : loi mosaïque, droit romain, droit canon, plus tard code pénal français. Chacune a eu sa notion particulière et, à l'intérieur d'une même structure juridique, la notion d'attentats sexuels a évolué, ainsi que l'aspect moral.

D'une part, le mot viol, ainsi que son synonyme stupre n'ont pas toujours été entendus dans un sens univoque. Dans la *Vulgate*, il désigne tout commerce illicite, qu'il s'agisse d'un rapt, d'une sollicitation à l'adultère, de l'adultère et de la prostitution. Ce sens large s'est conservé en France jusqu'au XIII^e siècle. En essayant de restreindre ce sens, juristes et moralistes, obéissant à des préoccupations différentes, ont vu leurs opinions diverger sensiblement et les notions qu'ils ont laissées ne sont pas très concordantes.

Les moralistes anciens ont considéré avant tout dans le viol la luxure aggravée par le fait de s'attaquer à une vierge. Les modernes, par contre, insistent beaucoup plus sur la notion de contrainte. Merkelbach donne le critère de la violence physique et morale et en élimine « les simples flatteries, les cadeaux et autres procédés ordinaires de persuasion ».

Le point de vue du droit est un peu différent. Les anciens juristes sont surtout attentifs à un fait matériel et aux circonstances qui en découlent. Gratien estime que le caractère illicite vient de l'absence de consentement matrimonial librement

échangé. Pour lui, toute défloration d'une vierge, même consentante, est un viol en raison de « l'injure qui en résulte pour le père ».

Ainsi, nous voyons se dégager la notion essentiellement culturelle de l'injure aux parents, qui est proche de la notion de faute contre la propriété d'autrui. Les commentateurs postérieurs font appel à la notion de contrainte et à l'honnêteté de la victime. C'était un retour au Droit Romain (*Lex Julia de Adulteris*), mais au XVIII^e siècle encore la terminologie de Gratien est conservée par la plupart des auteurs.

Dans le droit moderne, nous avons vu que la tentative était assimilée à l'acte et que la notion de contrainte morale s'est largement étendue.

De même, l'âge limite de la victime, qui aggrave la faute de l'auteur, a varié dans d'importantes proportions suivant les législations (de 11 à 15 ans).

Notre travail comprendra une étude des auteurs : 278, des victimes : 98, des couples : 11, et des accusations fallacieuses : 60. Les milieux sociaux en cause sont ruraux et citadins, essentiellement frustes.

*
**

LES AUTEURS

Parmi les auteurs que nous avons eu à étudier, tous avaient bénéficié d'une expertise psychiatrique.

La fréquence de l'inceste est de 1/3 environ et le niveau intellectuel montre 14 % des sujets ayant eu une instruction supérieure au C.E.P. ; 39 % de débiles légers ; 38 % de débiles profonds ; 9 % de sujets affaiblis intellectuellement. Leur vie sexuelle est réduite : 63 % ont des rapports sexuels rares ou peu satisfaisants, leurs désirs mêmes sont souvent réduits. Le type d'hypergénital, tel que l'imaginer volontiers l'opinion publique mal informée, ne dépasse pas 3 %.

Nous avons divisé ces observations en trois groupes : les psychoses, les troubles profonds du comportement, les troubles superficiels du comportement.

A) LES PSYCHOSES (21 %).

Ce sont surtout les démences préséniles, l'épilepsie, les arriérations mentales, les démences séniles, la schizophrénie.

1) *Les démences préséniles* (7 %) : Souvent, le fait médico-

légal est la première manifestation de cette baisse des facultés intellectuelles, affectives et éthiques que l'expertise va révéler, le malade ayant conservé jusque-là les automatismes sociaux et familiaux. Le comportement a conservé une apparence normale et, quand éclate le scandale, on aperçoit les ruines que dissimulait cette attitude de façade. L'expert a un rôle difficile à assumer ; c'est dans ces cas qu'on lui reproche le plus souvent d'avoir voulu « sauver » son patient, dont la façade abuse l'entourage.

Le ralentissement intellectuel accompagné d'une prédominance des sensations avec affaiblissement de l'idéation et des troubles de l'humeur, les préoccupations sexuelles par retour aux expériences anciennes prennent une place prédominante dans la vie du sujet.

Parfois, il s'agit de sujets dont l'affaiblissement est connu et ne sont pas internés pour des raisons extra-médicales : malades que les familles gardent par préjugé contre l'internement ou pour des raisons moins avouables ; ou de sujets placés en hospice, que l'on ne peut empêcher de sortir, de boire et de se livrer à des actes qui les conduisent à l'hôpital psychiatrique par l'intermédiaire du commissariat de police.

2) *L'épilepsie* (5 %) : Parmi les épileptiques, l'attentat sexuel peut être l'équivalent envers une femme d'une conduite agressive envers l'homme ; le viol devenant l'homologue d'un échange de coups.

Nous ne ferons que signaler le caractère de fond des épileptiques : violents, impulsifs, coléreux ; leurs réactions sont démesurées par rapport au phénomène inducteur. Leur bradypsychie ne leur permet pas d'apprécier la portée de leurs actes, de l'intégrer dans leur conduite, sous le contrôle des freins éthiques.

Nous n'aurions garde d'omettre les troubles sexuels signalés dans l'épilepsie rhinencéphalique.

Dans plusieurs de nos observations, l'auteur commet des attentats sexuels sur des adolescentes qu'il ne connaît pas, au hasard d'une rencontre. L'attentat a, dans ces cas, la valeur d'une impulsion chez un épileptique.

Soulignons ce fait, pour sa rareté dans notre étude, c'est l'exception. Seuls, les épileptiques sont capables d'un attentat sexuel de rencontre ; tous les autres sujets dont nous avons poursuivi l'étude réalisent des attentats d'habitude.

3) *Les arriérations mentales* (5 %) : Il s'agit d'individus que l'arrêt ou l'insuffisance de développement de leurs facultés intellectuelles met dans un état inférieur dans l'adaptation aux exi-

gences de la vie et dans la lutte pour la vie. Cet état existe sur le plan de la sexualité avec d'autant plus d'acuité qu'il se double souvent de disgrâces physiques : développement physique mal réalisé, laideur, lourdeur et disgrâce des mouvements, dysharmonie générale. Ces hommes, véritables parias, vivent en marge de leur milieu, en butte aux plaisanteries, aux tracasseries de leur entourage.

Leurs besoins sexuels ne sont pas en rapport avec leurs chances de les satisfaire. Comme l'arriération mentale est en rapport habituel avec l'arriération morale, la voie est libre pour l'attentat aux mœurs. Il reste à l'occasion de se présenter. Suivant le degré de surveillance, l'occasion sera ou non exploitée. Tout comme les déments séniles, les arriérés n'osent pas tenter leur chance avec une femme, conscients de leur infériorité, par peur du refus ou du ridicule. Envers une enfant ou une adolescente dont le psychisme est plus près du leur, ils peuvent s'exprimer sans crainte. Eux, que l'arrêt de développement mental a condamnés à être de perpétuels enfants, sont plus à l'aise au milieu d'enfants. L'interdit sexuel jouera avec moins de rigueur. Une femme adulte reste pour eux une personne qui détient l'autorité et le pouvoir, donc les domine. Ils sont sensibles à tout ce qui vient de l'adulte. Avec l'enfant, ils sont plus libres.

Enfin, ce sont des fragiles ; leur système nerveux est plus que pour d'autres sensible aux agressions sous forme d'émotions ou d'excès éthyliques.

4) *Les démences séniles* (3 %) : Ne méritent que d'être signalées au passage ; leur rôle est réduit pour leur faible participation numérique. L'attentat sexuel n'est qu'une des nombreuses manifestations du déficit global des facultés mnésiques, volitionnelles, affectives et éthiques, et de l'autocritique. Il s'inscrit dans le cadre du comportement, du dément sénile, par son absurdité et l'absence de précautions pour le dissimuler.

Parfois conscient de sa déchéance, le dément sénile cherche à se raccrocher à un événement qui lui prouve que sa vitalité n'est pas perdue à jamais. Il tente encore de prouver sa force et sa puissance, comme d'autres déments le font en poursuivant absurdement des activités professionnelles qui leur procurent de gros déboires. L'érotisme morbide du vieillard est bien connu, quoique rare, chant du cygne avant l'extinction complète de toute activité génitale.

Dans ce cas encore, il est plus facile d'approcher une enfant qu'une adulte ; les vieillards sont souvent, surtout dans les cam-

pagnes, en contact permanent avec les enfants. La sexualité du dément sénile marque une régression par rapport à celle de l'adulte, avec réapparition de la sexualité primitive. Presque toujours, l'acte sexuel n'est pas consommé, l'agresseur se borne à des attouchements accompagnés de masturbation.

5) *La schizophrénie* (1 %) n'a qu'un faible rôle. On peut s'en étonner puisqu'elle est une grande pourvoyeuse d'actes antisociaux. Cependant, on connaît bien l'apragmatisme sexuel des schizophrènes, doublé de la misogynie paranoïde. Le comportement du schizophrène n'est pas exempt d'un certain degré d'agressivité envers la mère, qu'il transfère sur d'autres objets sur un mode infantile.

B) LES TROUBLES PROFONDS DU COMPORTEMENT.

Ce groupe rassemble le déséquilibre psychique, les psychonévroses, les immaturités psycho-sexuelles.

1) *Le déséquilibre psychique* se caractérise par une instabilité foncière, une absence de direction essentielle dans la conduite de l'individu qui en est atteint, direction choisie et acceptée qui, conditionnant toute sa conduite, la contient, la dépasse et lui donne sens et existence. Cette conduite changeante, irrégulière, contradictoire, impulsive, sans persévérance, dans laquelle, selon Borel, « l'impulsivité toujours imminente... semble remplacer la volonté », fournira un contingent important à ces délits (9 %).

Les formes légères ne sortent pas du cadre des mentalités subnormales et restent quelquefois compatibles avec une vie sociale acceptable. Nous allons trouver essentiellement des sujets frustes, d'intelligence assez faible ; chez les déséquilibrés intelligents, l'exaltation des sentiments n'atteint jamais la passion, la vie intérieure accaparant par sa richesse et son intensité le trop-plein de ces mouvements.

Les formes moyennes de déséquilibre sont plus nombreuses et ces hommes secrets, réservés, d'humeur changeante, sont voués à une vie solitaire. S'ils ont par hasard un foyer, ils ne tardent pas à devenir des tyrans familiaux.

Quand la débilité mentale vient ajouter à ces caractéristiques les siennes propres, les influences extérieures vont s'exercer avec la plus grande intensité. Ils méprisent les contraintes et les censures morales pour obéir aux injonctions biologiques et psychologiques les plus primitives dans leur apparition et leur expression.

Rares sont les déséquilibrés hypergénitaux. Il s'agit générale-

ment plus d'excès de préoccupations que de besoins réellement exacerbés. Leur génitalité se signale plus par sa précocité et sa curiosité que par son intensité.

Nous n'avons pas rencontré de formes graves de déséquilibre psychique. Ces formes permettent rarement une vie en liberté et il est exceptionnel que le fait médico-légal qui conditionne l'internement soit un délit sexuel sur une adolescente, mais plutôt un délit de coups et blessures, ivresse sur la voie publique ou vagabondage.

2) *Les psychonévroses* (7 %) : Il ne semble pas que, dans ce cas, le comportement participe d'une obsession-impulsion à l'acte sexuel sur une mineure. L'angoisse et l'acte sexuel paraissent coexister sans rapport de cause à effet. Nous citerons une observation.

OBSERVATION 266. — A... Guy, marié, trois enfants, accusé d'attouchements sur des fillettes et de rapports sexuels avec sa jeune bonne âgée de 15 ans.

Antécédents : Aucun antécédent pathologique, était considéré par ses camarades comme peu viril. N'avait aucun goût pour les relations sexuelles. Se marie et a hors mariage des relations avec une femme de quinze ans son aînée. De plus, masturbation fréquente.

A l'examen, raconte son passé. Initiation sexuelle à 16 ans avec sa sœur âgée de 13 ans, morte depuis de méningite tuberculeuse. A 19 ans, se fiance avec une amie d'enfance. Relations sexuelles avant le mariage. Présente à ce sujet une attitude passive qui s'exprime dans son vocabulaire : « Quand je me suis donné, quand ma femme m'a pris. »

Niveau intellectuel bon. Névrose obsessionnelle ; par ailleurs, jalousie exacerbée, doute persistant, scrupules sans fin. A toujours eu des préoccupations de la série psychasthénique.

3) *Les immaturités psycho-sexuelles* (11 %) : Elles groupent les adolescents, dont la maturation sexuelle (et non génitale) n'est pas terminée, en quête d'expériences pour la réaliser, inhibés par la crainte du ridicule. Ils ont peur que l'occasion ne se renouvelle pas et ne reculent ni devant l'inceste, ni devant la violence. Leur victime est une jeune parente ou une jeune voisine. L'excuse qu'ils donnent constamment est qu'ils voulaient « savoir ». A ces adolescents vient s'adjoindre tout un lot d'adultes qui ont conservé une sexualité infantile, par sujétion étroite vis-à-vis des parents ou de l'un des parents (le plus souvent le père). Ils prétextent la peur de la contagion vénérienne pour

expliquer leur refus de relations sexuelles avec des prostituées et se tournent vers les enfants dont ils sont plus proches.

Les tests projectifs confirment cette impression clinique : adolescents perpétuels et tourmentés, condamnés au célibat, quelquefois même à travers un mariage qui ne leur apporte que déboires et désillusions et ne leur offre aucune des satisfactions qu'ils en avaient attendues et qu'ils avaient surestimées justement parce qu'ils sont restés adolescents.

C) LES TROUBLES SUPERFICIELS DU COMPORTEMENT.

Ces variétés se signalent par des réactions exagérées dans un seul sens : instabilité psychomotrice, hyperémotivité, comportement passif, amoral, épileptoïde ou paranoïaque.

1) *L'instabilité psychomotrice* : Elle est le fait d'individus ayant dans le domaine social le goût de la facilité. Des connaissances médiocres en font les candidats perpétuels aux professions dépourvues de spécialisation ; chez les enfants instables, Abrieu insiste sur la faible importance des délits sexuels ; chez les adultes, nous la retrouvons dans 10 % des cas. Une première explication nous vient à l'esprit. Les formes légères disparaissent par passage à l'âge adulte. Seules, les formes graves d'instabilité de l'enfant ne guérissent pas. Ce sont ces dernières qui grèvent notre statistique.

Certains de ces sujets échouent après bien des déboires à l'hôpital psychiatrique. D'autres préfèrent purger une peine de prison qui a pour eux l'avantage d'être limitée dans le temps et, par la certitude d'une sortie, leur laisse l'espoir de poursuivre leur existence antérieure.

Vivant au jour le jour la situation présente, ils s'engagent au hasard et ce hasard impose l'acte à leur volonté déficiente par un fatalisme en partie conscient.

2) *L'hyperémotivité* : Rarement relevée, elle n'intervient isolément que dans 2 % des cas. Elle donne aux réactions de ces sujets leur teinte impulsive. On observe chez eux des accès de colère, des réactions hors de proportion avec l'événement-choc. Réactions en excès ou réactions par défaut caractérisent leur manière d'être dans le monde et en font des victimes-types de la provocation sur laquelle nous serons appelés à revenir.

3) *L'épileptoïde* : Ses traits typiques, cliniques et psychométriques ont été retrouvés dans 4 % des cas. Jamais les examens électroencéphalographiques simples n'ont montré d'anomalie épi-

leptique, ce qui ne nous permet pas d'éliminer catégoriquement l'épilepsie, puisque nous n'avons pas d'enregistrement électro-encéphalographique sensibilisé, mais permet de ne pas le confirmer.

4) Comportement de *type paranoïaque* : Trivas insiste sur le caractère incestueux des attentats sexuels commis par les paranoïaques. C'est en effet dans ce groupe que la fréquence des relations incestueuses est la plus grande et de très loin puisqu'elle atteint les 2/3.

5) Comportement de *type passif* (12 %) : Sans initiative et sans volonté, le passif non débile suit celles des autres. Il s'agit souvent d'une attitude de repli, de fuite devant les responsabilités, de défense pour éviter d'avoir à prendre une position qui romprait avec les habitudes acquises. Pour eux, souvent, le fait d'avoir des relations sexuelles avec une fillette n'est pas anormal. Ils considèrent que, puisque c'est réalisable, ce n'est pas anormal.

6) Comportement de *type amoral* : Pour éviter toute équivoque, nous tenons à préciser qu'il ne s'agit pas de pervers dont le comportement est caractérisé, outre l'amoralité, par l'inémo-tivité, la malignité et l'inadaptabilité sociale. En fait, nous n'avons pas retrouvé de pervers véritables. Aucun n'était absolument inaméliorable. Sans doute pour les guérir a-t-il suffi, selon l'expression de MM. Lafon et Faure, « d'enlever l'étiquette ».

Ces sujets amoraux ont une attitude normale par ailleurs, mais leur conduite est marquée par une absence de sens moral, aboutissement d'une insuffisance ou d'une absence d'éducation. Les délits sexuels sur les adolescentes ne sont qu'un épisode de leur vie amoral. On retrouve 15 % de ces sujets.

*
**

Pour compléter ces données statistiques, nous signalerons un fait curieux : un nombre important de ces délinquants sexuels ont été des enfants illégitimes, comme d'ailleurs beaucoup de leurs victimes.

Nous n'avons pas abordé par manque d'observations le cas des attentats sexuels commis sur les adolescentes par les militaires en campagne ; toutes les lois culturelles habituelles sont lors de ces événements transgressées et bafouées, et il est impossible de

les aborder sans un certain degré de passion qui nuirait à l'objectivité scientifique.

Quant à la mythomanie d'agression sexuelle chez les auteurs, nous n'en avons rencontré aucun cas, même chez les délirants chroniques placés dans les hôpitaux psychiatriques.

*
**

LES VICTIMES

Le contexte familial et social a été envisagé dans une précédente étude, nous ne traiterons ici que les principaux types de comportement des victimes.

Le maximum de fréquence se situe au moment de la puberté ; de 13 à 15 ans, nous rencontrons les 47 % des cas.

Le niveau intellectuel des victimes est très bas dans l'ensemble. L'étude systématique en a été pratiquée au moyen de batteries de tests. Par la répétition des épreuves au cours de leur séjour dans les centres d'observation, nous avons éliminé l'inhibition, l'émotivité et l'inadaptation parfois hostile du début et l'influence du changement de milieu.

Les quotients d'intelligence pratique (Q.I.P.) sont un peu plus élevés.

Le tableau comparatif suivant nous éclairera :

	Q.I.	Q.I.P.
	—	—
inférieur à 0,50	2 %	2 %
de 0,51 à 0,70	47 %	33 %
de 0,71 à 0,90	42 %	42 %
de 0,91 à 1	7 %	16 %
supérieur à 1	2 %	7 %

Rares sont les arriérées vraies, il s'agit plus de débilité sociale par carence éducative que de débilité profonde.

Nous ne diviserons pas les principaux types en troubles profonds et troubles superficiels du comportement. Chez l'enfant, la personnalité en perpétuelle évolution ne permet pas de telles divisions, et ce n'est que par un souci d'ordre que nous avons établi de manière un peu plus large que pour les adultes des subdivisions.

1) *L'épilepsie* constitue un petit groupe (4 %). On peut se

demander si elle joue un rôle direct par les absences, les états seconds, le caractère de fond adhésif, lent et impulsif, ou un rôle indirect par le traitement spécial dont bénéficie l'enfant épileptique. Des égards particuliers, une attention de tous les instants, une indulgence excessive de la part des parents et même des éducateurs leur assurent une vie en marge de celle des autres enfants. Aussi n'ont-ils pas l'habitude des frustrations. Leur caractère ne se forme pas de manière satisfaisante, ils ont l'habitude de toujours céder à leurs désirs.

2) *L'instabilité psychomotrice* se rencontre dans 19 % des cas. Rarement il s'agit d'instabilité d'origine organique, mais bien d'origine psychologique.

Les disputes des parents ou l'absence de l'un des deux parents, le caractère violent ou l'alcoolisme du père, le caractère illégitime de certaines unions de la mère sont autant de facteurs générateurs chez l'enfant d'insécurité et de son corollaire, l'angoisse. Rien ne guide alors l'enfant dans ses débuts dans la vie extérieure. Chaque fois qu'une situation nouvelle se présentera, elle va s'accompagner d'angoisse ; quand, un peu plus tard, une situation nouvelle se reproduira, l'angoisse émergera, redoutable, inextinguible, et aura pour s'exprimer deux réactions bien connues : l'agressivité et l'instabilité. Cette instabilité infantile, ce sentiment d'insécurité ou d'abandon, peut avoir d'autres causes ; entre autres, les fautes éducatives de milieux unis et moraux, mais rigides. L'enfant est puni pour des fautes sans importance. L'intensité de la réprimande est fonction de l'humeur des parents plus que de la gravité de la faute. L'instable est alors plus réceptive et plus sensible qu'une autre à une situation traumatisante. Elle est la victime toute prête pour une « agression » sexuelle, dans laquelle elle trouvera un refuge à sa détresse. Aussi n'est-il pas étonnant que, dans leur cas, l'auteur de l'agression soit un familier ou un parent. Elle trouve dans l'attitude de l'homme à son égard une protection, une stabilité, un abri, et elle en espère la fin de ses tourments.

3) *La suggestibilité*, facteur dominant du comportement (21 %) : Les fillettes, débiles ou non, très sensibles aux suggestions extérieures, dont la jeune personnalité manque d'autonomie, sont incapables de résister à une sollicitation. Appartenant à des milieux variés, plutôt frustes, elles admettent des relations sexuelles qu'on leur demande, sans insister sans coopérer vraiment. C'est à leur sujet que se pose avec acuité le problème du consentement que nous étudierons à part.

Leur lourdeur physique (ce sont souvent des fillettes assez grosses) n'a d'égale que leur tachypsychie et surtout leur résignation à tout, aussi bien à l'acte sexuel qu'à la vie en famille ou dans les centres d'observation. Leur plasticité leur permet d'être aussi adaptées ou aussi inadaptées partout ; elles ne manifestent aucun intérêt pour les jeux ou les distractions. Incapables d'initiatives, elles subissent l'influence des autres ; incapables de s'élever au-dessus de l'automatisme quotidien, elles vivent sans user de leur volonté, à la merci des événements. La dernière puissance qui exerce sur elles une autorité emporte leur décision de leur conduite. Par la suite, elles invoquent les menaces dont elles ont été l'objet avant de céder. Ce ne serait pas suffisant pour une personnalité mieux charpentée. La menace n'est pas le seul déterminant de leur acquiescement, dont le facteur capital réside dans la passivité et la suggestibilité.

4) *L'opposition à la mère (23 %)* : Près du quart de nos jeunes victimes présentent une opposition à la mère anormalement développée. Les trois quarts des enfants de ce groupe ont pour séducteur leur père.

La plupart du temps, aucun mauvais traitement, aucune injustice ne justifie cette opposition qui doit avoir des sources plus profondes. Schachter, Mlle Cotte ont, dans une étude par le test de Rorschach, mis en évidence une note très marquée d'agressivité chez les mineures victimes d'agression sexuelle de la part de membres de leur famille.

6) *Eléments conflictuels (15 %)*, représentés par l'énurésie chez les enfants qui ne sont ni débiles, ni épileptiques, cauchemars, troubles du sommeil ou de l'appétit, somnambulisme.

7) *La fixation anormale au père (7 %)* : Ce sont des enfants dont la mère est morte ou trop « lointaine », ne s'occupant pas de leur enfant ; mères souvent névrosées, elles-mêmes vivant des situations conflictuelles en permanence, ou mères autoritaires qui tiennent l'enfant dans un état de sujétion.

Le seul refuge est alors le père qui « comprend », qui « reçoit », « accepte » l'enfant qui s'attache à lui d'une manière anormale.

8) *La jalousie fraternelle avec sentiment d'infériorité (3 %)* : Nous avons trouvé surtout des fillettes cadettes de leur famille, quelquefois ayant place entre deux frères ou sœurs, dont l'ainé ou l'ainée ont les faveurs d'un des parents, et le cadet ou la cadette les faveurs de l'autre. L'enfant a alors une place délicate,

« comme prise dans une pince à linge ». Le sentiment d'infériorité a une triple expression :

1° *scolaire* : sentiment d'être paresseuse, jalouse envers celles qui travaillent bien ;

2° envers *l'ainée* : comparaisons fréquentes qui lui laissent une nette amertume ;

3° envers le *cadet* (ou la cadette) : malgré une affection apparente, elle le trouve plus aimé qu'elle et le taquine fréquemment, ce qui aggrave sa propre culpabilité.

Enfin, 2 % de nos cas n'entrent dans aucun groupe, ce sont des fillettes dont le comportement est normal en apparence.

*
**

LES COUPLES

On peut présenter les couples agresseurs-victimes en les classant selon la caractéristique de l'acte en deux groupes : couples d'habitude ou couples d'occasion. La rareté du second groupe déséquilibrerait l'édifice et nous obligerait à créer et à multiplier les sous-groupes sans importance.

A la lumière de l'étude précédente de chacun des protagonistes, nous avons préféré grouper nos onze couples suivant le comportement de l'auteur et de la victime, l'un vis-à-vis de l'autre. Les expériences que nous signalons sont rares et grande la difficulté de posséder l'observation de l'auteur et de la victime d'un même fait. Exceptionnellement, dans notre région, le même médecin pratique l'expertise mentale des deux. Il est regrettable que ne soit pas suivi l'exemple donné par certains magistrats-instructeurs qui consiste à désigner plusieurs experts pour examiner l'enfant et l'auteur. Cette solution satisferait le légitime souci d'équité des magistrats et l'intérêt psychologique du médecin. Les réactions d'un sujet sont incompréhensibles si l'on ne connaît pas son protagoniste. Les réactions en valeur absolue n'ont pas grande valeur, seules comptent les inter-réactions.

Les victimes de ces onze couples appartiennent aux groupes suivants : déséquilibre psychique, fixation paternelle, suggestibilité, instabilité ; les auteurs répondent à huit types de comportement : démence présénile, déséquilibre psychique, psychonévrose, immaturité psycho-sexuelle, passivité, hyperémotivité, amoralité, paranoïa.

Or, nous avons eu la surprise de constater que les troubles du comportement sont de même niveau chez l'auteur et chez la victime ou de niveau voisin.

Ainsi, nous avons :

A) Les *troubles importants* du comportement chez la victime et l'auteur :

1) Déséquilibre psychique de la victime, démence présénile de l'auteur.

2) Déséquilibre psychique de la victime, psychonévrose obsessionnelle de l'auteur.

3) Déséquilibre psychique de la victime et immaturité psycho-sexuelle de l'auteur.

4) Déséquilibre psychique de la victime et de l'auteur.

B) Les *troubles plus légers* du comportement :

1) Fixation au père chez la victime, passivité de l'auteur. Les deux couples qui entrent sous cette rubrique ont comme auteurs l'un le beau-père de la victime, l'autre un voisin de l'âge de son père.

2) Suggestibilité de la victime, hyperémotivité de l'auteur.

3) Suggestibilité de la victime, passivité de l'auteur. Il s'agit là du père et de la fille ; leurs comportements sont sensiblement identiques.

4) Instabilité psychomotrice d'une victime, amoralité de l'auteur ; suggestibilité d'une deuxième victime, amoralité de l'auteur. Ce sont les deux filles qui ont entretenu des relations incestueuses avec leur père.

5) Instabilité de la victime, comportement paranoïaque de l'auteur.

Ainsi, l'attentat sexuel sur les mineures n'apparaît plus comme un acte de sadique, c'est une réaction vitale à l'interférence de deux types de comportement voisins. Mais ces types de comportement sont fréquents chez les adultes et chez les enfants, comment alors ces attentats ne sont-ils pas plus nombreux ? C'est alors qu'interviennent, outre le hasard et l'occasion, les conditions de vie familiale, la morale personnelle des sujets, religieuse ou laïque, le niveau intellectuel des protagonistes et le milieu social et ses normes éthiques et microculturelles, ses interdits plus ou moins puissants, ses possibilités d'activités de dérivation et de sublimation.

Avant d'en terminer avec les protagonistes, nous n'aurions garde d'oublier deux problèmes connexes et importants : la provocation de la part de la victime et les fausses accusations.

La *provocation* nous a surpris par son importance numérique. Il s'agissait d'adolescentes ou d'enfants très averties, exerçant leur pouvoir de séduction, de jeunes domestiques rejoignant leurs patrons ou un autre domestique dans leur lit. Souvent, le futur agresseur n'avait aucune idée arrêtée et seule l'attitude de la future victime va déterminer sa décision.

Dans un cas sur quatre, la provocation est établie de façon irréfutable ; 4 % ne sont pas démenties par les victimes et, dans 15 % des cas, le consentement est donné sans équivoque par la victime, bien qu'elle s'en défende, et elle peut être de bonne foi comme la jeune fille dont le cas est rapporté par Gelma. Donc, dans près de 45 % des cas, l'attitude de la jeune victime est provocatrice.

Dans certains cas, toujours cités par Gelma, les fillettes se laissent facilement entraîner et retournent même chez leur séducteur, attirant par leurs regards et leur attitude les hommes.

Ces faits nous conduisent à envisager les relations entre l'enfant et l'adulte. Elles présentent deux caractéristiques : la *connaturalité*, c'est-à-dire la communauté de nature psychologique, et la *différence* de développement. La relation enfant-adulte n'est pas symétrique, l'adulte comprend l'enfant, celui-ci ne comprend pas l'adulte et ne se comprend pas lui-même. C'est pourquoi l'adulte peut lire certaines attitudes chez l'enfant, alors qu'il n'y a qu'un indice sans intention apparente. L'adulte va au-devant de l'enfant, l'entoure psychologiquement, favorise son évolution vers le signe ou le symbole, valorise ses attitudes par les réponses qu'il leur fait. Il sélectionne chez l'enfant des comportements symboliques par un mécanisme analogue à la sélection naturelle. La différence réside dans le fait qu'il s'agit non d'adaptation au milieu naturel de l'animal, mais au milieu culturel de l'homme.

Nous distinguerons quatre types de provocation : lucrative, utilitaire, secondaire à une fugue, et sans but apparent.

1) La provocation *lucrative*. L'enfant ou l'adolescente provoque un adulte ou un vieillard dans l'intention de se faire remettre un paiement en espèces ou en nature pour leur complaisance. Cette ébauche de prostitution est l'œuvre d'enfants très averties,

que guident parfois l'expérience et les conseils d'une mère ou d'une sœur aînée qui les ont précédées dans cette voie.

Nous donnerons deux exemples :

G... Yvonne, 14 ans. Relations sexuelles avec six hommes qu'elle accuse de l'avoir violée. Tous sont inculpés. En fait, il s'agit d'une débile légère dont la mère est alcoolique et tient la comptabilité des sommes gagnées par sa fille et lui prodigue des conseils « techniques ».

D... Louise, 16 ans. Violée par son père, qui est inculpé. La première fois, elle n'a manifesté aucune résistance ; les autres fois, se propose à son père pour de l'argent. Avait d'autres amants.

2) La provocation dans un *but utilitaire* a pour but d'éliminer un personnage encombrant ou de le compromettre. La provocation suivie de dénonciation est alors la règle. Mignot et Legrand l'avaient signalée chez certaines malades internées maniaques ou hystériques qui provoquaient les infirmiers, puis les dénonçaient.

C... Clairette, 15 ans, bonne à tout faire, accuse son père de l'avoir violée alors qu'il était ivre. Les renseignements et l'examen du père montrent qu'il s'agit d'un sujet honnête, travailleur, généralement sobre et qui, séparé de sa femme, élevait sa fille et se refusait à la laisser agir à sa guise.

Par contre, Clairette a un caractère difficile, indépendant, est paresseuse, change fréquemment de patronne ; renvoyée à plusieurs reprises pour vols, a de mauvaises fréquentations et découche sous divers prétextes.

Au centre d'observation fait plusieurs fugues, au cours desquelles elle se donne au premier venu ; mythomane, susceptible, en perpétuelle révolte, elle se rend assez rapidement indésirable.

Les faits ont pu être établis. En rentrant d'un bal, elle trouve son père ivre et se donne à lui, puis le dénonce le lendemain afin d'être libre.

En fait, dans des cas semblables, l'agresseur pris au piège est un jouet entre les mains de sa victime, qui fera le chantage qu'elle désire puis le dénoncera.

3) La provocation *au cours d'une fugue*. L'homme, abordé par une enfant ou une jeune fille, pense à une invitation. C'est le cas de :

B... Jeanne, 13 ans. A la suite de mauvaises notes en classe, fait une fugue de un mois, se nourrissant quand les passants lui donnaient

des vivres ou de l'argent. Un homme l'amène chez lui et la garde trois jours avant d'être arrêtée.

4) *Provocation sans but apparent.* Pour Gelma, elle est une propension inavouée à la maternité, d'autant plus marquée qu'elle émane de milieux apparemment rigides, ascétiques, hostiles aux contacts sexuels. Adolescentes ou enfants douées d'une sexualité précoce, elles suivent leur instinct et ne disent avoir été forcées qu'après la publicité donnée à leurs relations. La pratique sexuelle est le moyen de faire reconnaître à tous leur féminité et leur passage à l'âge adulte.

Dans ce groupe, nous ferons entrer la provocation inconsciente de la part de la victime, ou plus exactement les conduites interprétées par l'auteur comme consentement. Nous détaillerons une observation en apparence banale : celle d'une jeune fille violée par un homme qu'elle ne connaissait pas (c'est un des rares cas où agresseur et victime ne se connaissaient pas).

Les faits : A... Maurice, 28 ans, circule en voiture à 6 h. 30 du matin sur la route, se rendant à la pêche. Comme il connaît mal l'itinéraire, il arrête pour demander son chemin. S... Yvette, 18 ans, qui se rend à bicyclette à son travail roule en sens inverse. Celle-ci lui répond qu'elle l'ignore et s'en va. A... croit à une moquerie et se met en colère ; il fait demi-tour en voiture et la rejoint, décidé à l'interpeller vivement. La jeune fille prend peur et a l'impression qu'elle court un danger ; elle se met à pédaler à vive allure en criant, puis abandonnant la route pourtant fréquentée, elle prend un chemin qui passe à travers vignes, pensant que l'automobiliste ne la suivra pas, mais A... descend de voiture, la rejoint, l'interpelle, puis l'embrasse et la possède. A... se dénonce lui-même à la police.

A l'examen, l'auteur a un frère et plusieurs collatéraux décédés de méningite tuberculeuse ; le père et la mère sont névropathes. Lui-même est d'un niveau intellectuel normal, impulsif, d'humeur labile, a un sentiment d'impuissance et d'infériorité confirmé par les tests projectifs. hyperémotif. Fait un récit d'une sincérité parfaite. Pas de préoccupations sexuelles.

La victime a eu sa mère traitée pendant quatre ans à l'hôpital psychiatrique pour manie confusionnelle. Elle-même n'a aucun antécédent pathologique. Sa scolarité est normale, travaille dans une administration. Equilibre nerveux instable, est souvent déprimée, a peu d'amies de son âge.

A l'examen rougit, pleure, est très émotive et manifeste des préoccupations sexuelles non équivoques. Sur les faits, elle explique : « Quand je me suis arrêtée, il m'a demandé pourquoi j'avais peur,

m'a fait asseoir sans brutalité et m'a parlé doucement ; quand il m'a embrassée j'ai été surprise, j'aurais pu partir, je ne l'ai pas fait, je ne savais plus. » Puis en pleurant elle cherche à démontrer qu'elle a fait son devoir, qu'elle s'est défendue comme elle a pu et elle conclut qu'elle est écœurée par la sexualité.

A première vue, nous sommes en présence d'un fait qui semble précis. Etudions de plus près les conduites du couple agresseur-victime. Il n'y a pas de préméditation. Or, la vie de l'auteur n'est pas déréglée, sa vie sexuelle est sans histoire et, ce jour-là, l'état de besoin physiologique n'est pas en cause. Cet acte est aberrant dans sa vie. Comment s'est-il livré à un acte sexuel sans besoin, sans préparation érogène, sur une victime inconnue ?

En fait, nous avons affaire à un tableau clinique non d'excitation érotique, mais d'un comportement agressif. C'est un besoin de compenser une stupide vexation qui le fait se lancer à la poursuite de S... La réaction est inadaptée, mais caractéristique de sa personnalité. Comment cette conduite agressive a-t-elle dérivé en conduite de viol, sinon par l'attitude de la victime elle-même qui a la hantise du viol et manifeste des préoccupations sexuelles névrotiques ? Sa peur obsédante de l'acte sexuel, dépouillée à ce moment-là par sa mimique de toute équivoque, son attitude anormale qui l'a amenée loin de la route où elle pouvait trouver du secours, l'absence de défense lorsque A... se fit plus pressant ont donné à son attitude un élément excitant et provocateur déclenchant, à l'inverse de ce que sa conscience admettait à ce moment-là.

*
**

LES FAUSSES ACCUSATIONS

Portées par des enfants contre des adultes, elles sont aussi fréquentes. Il y a deux siècles, Fodère mettait en garde ses élèves contre les erreurs qu'elles pouvaient entraîner. Plus tard, Merland, Motet, Thoinot, Dupré insistent sur ce problème et Thoinot avance les nombres impressionnants de 60 à 80 % de fausses accusations. Il en est de même de Astley-Cooper en Grande-Bretagne.

Tardieu rappelle les fausses accusations contre les médecins, dont il apporte plusieurs cas.

Nous rappellerons, parmi les condamnations célèbres d'innocents, celle du lieutenant de La Roncière, accusé d'attouche-

ments sur la fille de son général, qui fut condamné à dix ans de réclusion. Reconnu innocent et réhabilité avant la fin de sa peine, il mourut aussi avant d'assister à sa réhabilitation.

Gelma écrit : « Les accusations une fois prononcées varient rarement et, si l'inculpé n'a pas d'autres moyens de défense que ses dénégations formelles, il risque fort d'être condamné. »

L'étude des conduites d'accusations calomnieuses n'a pas été entreprise avant Thoinot qui en décrit trois types :

1) Le type commun, le plus fréquent, dans lequel la dénonciation est délibérément construite de toutes pièces par les parents : *l'enfant a un rôle passif*.

2) Dans le type suivant, l'enfant a un *rôle mixte : mi-passif, mi-actif*. Les parents interprètent certains symptômes et suggèrent à leur insu, par leurs questions et surtout par le ton de ces questions, des réponses fabulatrices.

3) Le dernier type est le mensonge actif de l'enfant qui, pour éviter une punition ou attirer l'attention sur elle, porte une telle accusation avec la conscience parfaite de son mensonge. Thoinot parle de perversité.

Dans notre étude, 13 % des accusations portées étaient mal fondées. Pour être plus rares que celles citées par les auteurs précédents, elles n'en sont pas moins redoutables pour l'individu accusé. N'oublions pas que l'intelligence de l'enfant est tellement sensible au côté merveilleux des événements qu'elle appréhende, qu'elle parvient, avec une facilité étonnante et incompréhensible, pour une intelligence d'adulte, à donner un support aux fictions qu'elle élabore.

Bientôt, l'enfant ne sait plus discerner le vrai de ce qui est engendré par l'imagination et de ce qui lui a été suggéré. Il devient malaisé de faire la part de chacun à l'intérieur du récit qui en est fait.

Nous répartissons les fausses accusations en six groupes :

1) Chantage des parents qui utilisent leur fille comme instrument de vengeance ou de rapport.

2) Dissimulation de l'inconduite de la fillette ou de l'adolescente qui veulent justifier parfois une grossesse inopportune. C'est le cas de jeunes bonnes accusant leur patron ou de jeunes fugueuses accusant un homme quelconque.

3) Désir de se débarrasser d'un sujet gênant : l'accusation peut être fabriquée de toutes pièces par la pseudo-victime ou lui

être suggérée. Dans ce groupe entrent les accusations de prêtres ou d'instituteurs que la famille veut discréditer aux yeux de l'opinion publique pour des raisons qui ne sont pas toujours personnelles.

4) Accusation fausse pour protéger le vrai coupable. Il s'agit alors d'amnistier le séducteur aux dépens d'un innocent contre lequel la fillette a des griefs.

5) La fausse accusation suggérée inconsciemment par l'entourage. La mère ou la personne qui élève l'enfant s'inquiète de changements dans son comportement. Elle surveille, épie, se renseigne, questionne, et ses questions expriment sa propre angoisse sexuelle. Son propre désir transformé par un mécanisme de défense bien connu, en répulsion, est projeté sur la jeune adolescente. Elle poursuit l'acte sexuel dans sa forme la plus répréhensible, le recherche méthodiquement et les réponses sont interprétées. L'enfant à laquelle on donne un canevas n'a plus qu'à broder une histoire et lui donner un cachet particulier à l'enfance qui peut abuser même les magistrats.

6) Dans ce dernier groupe, nous avons rassemblé les observations dans lesquelles l'enfant ment d'abord et invoque secondairement des griefs, parfois justifiés, envers un sujet, ou envers la famille de ce sujet. Quelquefois, nous sommes en présence d'enfants placés dans des familles nourricières par les soins de l'Assistance à l'enfance, et qui pour se venger invoquent des traitements mauvais ou dépourvus d'affection qu'elles auraient reçus. Or, s'il existe des gens qui, dans les milieux frustes et ruraux, exploitent le travail des enfants assistés, ce n'était pas le cas dans les fausses accusations que nous rapportons.

Nous voici revenus par les fausses accusations au mythe de l'innocence enfantine, car dans presque tous les cas l'enfant et l'adolescente participent à l'accusation, même si l'entourage en a pris l'initiative. Or, ce mythe essentiel de notre culture, croyance de base qui considère l'enfant comme pur par définition, est fallacieux. Que masque-t-il pour être aussi vivace ? C'est un moyen commode, idéal, magique, de réaliser le symbole du paradis perdu. Les adultes se vexent d'être accablés d'innocence, mais il leur plaît de l'avoir été. C'est une ressource pour le temps du malheur, un moyen magique de se libérer d'un état de faute. L'enfant est pour l'adulte une revanche sur la vie, une compensation, de ce qui est arrivé, un moyen de laver dans « l'innocence »

cence » de l'enfant la mauvaise conscience de ne pas avoir réussi comme il le désirait.

Signalons dans les fausses accusations un nombre important de fillettes nées d'unions illégitimes, cette proportion étant sensiblement la même que chez les auteurs et les victimes d'attentats sexuels.

Enfin, la fausse accusation pose la question de la valeur du témoignage de l'enfant et aussi l'incidence culturelle. Pourquoi en effet l'enfant ou l'adolescente n'accuserait-elle pas un adulte, dont elle veut tirer profit ou se venger, ou qu'elle veut éliminer, d'un autre délit : brutalités, mauvais traitements, sévices, qui seraient plus faciles pour elle à inventer et à simuler ? Ne sommes-nous pas en présence d'un mécanisme de défense de leur moi contre l'anxiété ? L'enfant ou l'adolescente sont aux prises avec deux sentiments : la culpabilité d'avoir des désirs sexuels et l'infériorité dans laquelle les place l'impossibilité de les satisfaire. La fausse accusation balaye d'un seul coup ces sentiments, en projetant leur désir sur un autre et en les plaçant en même temps à égalité avec l'adulte. La fabulation chez la fille est l'équivalent des fantasmes de puissance chez le garçon, c'est un moyen très particulier à la passivité et au masochisme féminins. La fillette demande à l'homme la reconnaissance de son caractère de femme et d'adulte. Cependant, elle reste enfant et n'est pas n'importe quel enfant, elle appartient par toutes ses réactions à une culture et réagit avec les moyens d'expression de sa culture. La censure éthique, sociale et familiale réprime les manifestations sexuelles de l'enfant et de l'adolescente. Ces censures, très fortes à leur égard, les protègent et les rendent intouchables. L'enfant, consciemment ou non, se rend compte de cette situation de prisonnière privilégiée dans laquelle elle se trouve. Elle réagit dans le cadre de sa culture et porte alors l'accusation la plus grave, la plus infamante, qui marquera à jamais celui qui en est frappé. Cet adulte deviendra alors son égal et l'allure de vérité de la fausse accusation tient à l'expérience sexuelle réelle et refoulée qui la sous-tend.

Une personnalité vraiment formée n'utiliserait pas ces moyens. Ces accusations doivent nous rendre prudents sur la valeur à accorder au témoignage d'une ou même de plusieurs enfants. L'exemple suivant pris au hasard le prouvera.

P... Auguste, 36 ans, interpelle deux fillettes de 13 et 10 ans et s'apprêtait à les violer lorsqu'il est surpris par des passants. Il s'enfuit et les enfants portent plainte. Mises en présence de plusieurs « sus-

pects », chacune en reconnaît un différent. Aucun d'eux n'est le coupable et seuls les aveux de P... lèvent les doutes.

*
**

ESSAI DE SYNTHÈSE.

De cette étude d'ensemble, nous voudrions non pas tirer une conclusion, tâche que nous ne nous étions pas proposée et qui nous paraît extrêmement difficile à réaliser, mais essayer sur les éléments dont nous disposons de dégager quelques idées générales et quelques remarques.

Et, d'abord, le fait que la fillette dit avoir été forcée, même si elle a facilement consenti ou même provoqué son agresseur, a-t-il un sens ? Il semble que oui. Presque toujours (95 %), les attentats sexuels de ce type sont des attentats « d'habitude ». Il ne s'agit pas d'un acte isolé, mais d'une répétition d'actes s'étendant parfois sur plusieurs années. Peut-on alors parler d'actes imposés s'il y a habitude ? On a peine à penser qu'une telle question n'ait pas effleuré l'esprit des magistrats et des médecins. Pour parler de relations sexuelles imposées, il faudrait admettre qu'il y ait lutte chaque fois. Si l'on admet qu'il en a été ainsi au début et que l'habitude a créé la passivité de la victime avec acceptation secondaire, nous aboutissons à une notion sensiblement opposée à celle d'attentat.

On répond alors fréquemment à cette objection que le jeune âge de la victime ne lui permet pas d'avoir le discernement et la volonté suffisants. La violence ne serait plus nécessaire et serait remplacée par la « pression morale ».

Il est clair que ce dernier argument n'est pas en rapport avec notre mode de vie dans lequel le discernement n'a rien à voir avec l'âge. L'inexpérience de l'enfant ou de l'adolescente que nous avons observées tient au fait sexuel, non à sa réalité, c'est une ignorance physiologique et non théorique.

Pour faire le tour complet de la question, envisageons la notion de consentement en psychologie. On peut admettre trois types principaux de consentement :

1) Le consentement vrai exige l'intégration parfaite de l'acte à la personnalité. Cet acte, quel qu'il soit, s'inscrit spontanément dans la conduite parce qu'il implique une participation de l'être à la culture. Ainsi consenti, il ne laisse, après réflexion, aucun remords, aucun sentiment de faute. Il entre dans le cadre des normes culturelles.

Beaucoup de ces jeunes victimes d'attentats sexuels appartiennent à un milieu social et familial dont l'éthique est sensiblement différente et plus large que celle qui régit la société française moyenne actuelle. L'examen clinique et les tests projectifs ne mettent en évidence aucun sentiment de faute. L'acte est bien intégré à leur personnalité.

2) Dans le consentement impulsif ou momentané, l'acte est accepté par la personnalité, mais ne s'intègre pas. Il est réalisé en marge de la morale admise par le milieu. Pourtant, malgré l'éducation et les freins moraux, l'acte est accompli. L'impulsion permet au sujet de franchir les barrières de la volonté et du jugement, l'acte est bien consenti. Par la suite, remis en possession de toutes ses facultés et redevenant capable de raisonner, il regrette cet acte qui laisse en lui un profond sentiment de faute, d'amertume, d'auto-dépréciation. A ce moment-là, il ne consentirait plus. Cependant, chaque fois qu'une impulsion submerge toutes les notions admises, il acceptera à nouveau. Un conflit se joue chaque fois entre l'éthique et les tendances instinctivo-affectives et se termine par la victoire provisoire de ces dernières.

3) Dans le consentement passif ou par inhibition, la conduite de la jeune victime est interprétée par l'auteur comme une conduite de consentement dont la facilité implique dans l'idée de l'adulte une provocation dissimulée. Or, elle laisse simplement accomplir un acte qu'elle ne désire pas dans sa conscience. L'adulte extrapole facilement : l'enfant ou l'adolescente a une attitude qui chez l'adulte serait celle du consentement ou de l'invitation, il en conclut un peu trop rapidement à l'identité de signification des conduites chez l'enfant et chez la femme adulte, et croit à un consentement vrai, alors qu'il s'agit d'une inhibition des facultés de résistance. Le tragique de ce type de consentement est que l'acte est vécu par la jeune victime comme une violation et par l'auteur comme une acceptation facile précédée de provocation. Tous deux sont de bonne foi.

La notion de consentement dans les attentats sexuels sur les mineures apparaît alors comme contingente. Force sera de revenir sur l'opinion communément admise dans ce cas qui ne voit dans les auteurs de ces actes que des hypergénitaux ou des sadiques. Son caractère faux, basé sur deux préjugés dont nous avons parlé, entre dans les stéréotypies, si courantes et si vivaces dans l'opinion publique, qui ne prend pas la peine de les vérifier et à plus forte raison d'en rechercher les causes. Paresse ou tabou,

renforcement ou satisfaction de la conscience collective, sont peut-être des mobiles vraisemblables.

Si nous éliminions du lot des auteurs les psychoses qui constituent à peine le cinquième du total, pourrions-nous envisager une explication d'ensemble, au moins une hypothèse pour les autres ? Dans la plupart des cas, outre les troubles du comportement indiqués, existe une insatisfaction sexuelle permanente, une absence de plaisir et même de désir de l'acte sexuel (63 %). L'attentat sexuel semblerait représenter une aberration, il ne s'inscrit pas en apparence dans la conduite de ces sujets. Quand un acte, chez un sujet qui n'est pas atteint de psychose, est en contradiction avec sa conduite habituelle, il faut bien admettre qu'il est dû à une émergence de l'inconscient.

Tous les éléments que nous avons pu mettre en évidence, grâce à l'examen psychiatrique et aux résultats des tests projectifs, concourent à nous représenter ces sujets comme arrêtés dans leur développement psycho-sexuel.

Il est alors plus aisé de comprendre la forte proportion d'enfants illégitimes parmi les auteurs. Ces enfants, plus que les autres, réalisent le maximum de conditions favorables à l'insuffisance de leur développement psycho-affectif. L'impossibilité d'identification paternelle, ainsi que la situation particulière qui leur est faite en société suffiraient à l'expliquer. Il en est de même chez les sujets, nombreux, dont le père est alcoolique ou très distant de son fils par excès de sévérité. L'alcoolisme ne suffit pas à expliquer de tels actes par la baisse des valeurs éthiques. L'admettre serait remplacer une explication simpliste par une autre.

Les débilités mentales que nous avons constatées dans 77 % des cas étaient plus des débilités par inculture que par hérédité. Quelle que soit son origine, la débilité mentale ne permet pas la formation d'une personnalité étoffée et rend aléatoire l'interdiction des censures. Faute d'émonctoire et de moyens de sublimation, les désirs inconscients émergent avec d'autant plus de facilité qu'ils avaient été chez les individus peu intelligents refoulés sans être modifiés.

Pourquoi ces hommes, fixés à leur mère ou à l'image maternelle de la femme, exercent-ils leur puissance sexuelle sur des enfants ou des adolescentes ? Une première explication est habituellement donnée : c'est que cet homme timide hésitera à s'adresser à une femme adulte par peur d'un refus et de la

moquerie qui l'accompagne, c'est une explication assez superficielle. Si nous voulons aller au-delà, nous devons considérer que nous avons affaire à un fort contingent d'alcooliques, de sujets à comportement paranoïaque ou à des névrosés, sujets dont l'exercice de la sexualité n'est pas satisfaisant, tout autant de caractéristiques qui confirment l'opinion que nous sommes en présence d'une homosexualité refoulée, enfouie dans leur inconscient ; qu'une cause psychique : choc affectif, émotion vive, situation traumatisante ou conflictuelle, soucis importants, ou une cause physique : fatigue, surmenage, surviennent, et les barrages seront renversés, les tendances émergent et vont tenter de s'exprimer dans la réalité. Pourquoi ne sommes-nous pas en présence d'attentats homosexuels ? N'oublions pas que les tendances se manifestent dans le cadre de la culture, comme l'a remarquablement démontré l'école américaine avec Kerdiner. Or, dans notre culture, l'homosexualité est fortement réprouvée. Elle est un degré plus au-delà dans les délits contraires aux mœurs que l'attentat hétéro-sexuel. Dans la conscience du sujet, il représente un acte absolument interdit par les normes du milieu qui sont intériorisées. Il doit résoudre cette situation et se livre à une hétéro-sexualité dont il a conscience qu'elle est défendue et il va choisir ses partenaires parmi les êtres aussi dépouillés d'hétéro-sexualité que possible : des enfants ou des adolescentes. A la limite même, il n'accomplira pas l'acte sexuel et se bornera à un simulacre de coït ou à de simples attouchements. De tels actes, interdits par la morale collective, leur sont rendus plus faciles par le consentement ou la provocation de la jeune victime.

Quant aux victimes, excepté les 2 % qui ont un comportement normal, leur développement est le plus souvent arrêté au stade de rivalité maternelle. Ces instables, ces déséquilibrées, ont un degré d'agressivité net envers la mère et nous avons vu qu'un certain nombre de victimes présentaient ce seul trouble.

Le désir de se soustraire à l'influence de la mère s'accompagne souvent d'un besoin accru de rester sous sa protection. Le besoin de devenir adulte est une défense contre les dangers de l'enfance : la rivalité maternelle fait que l'enfant va essayer d'imiter sa mère, de lui ressembler même. Le triomphe définitif est représenté par l'accession à un domaine réservé à la mère en particulier, à l'adulte en général : la sexualité. La personnalité des adolescentes restées à ce stade est exigeante, elle est particulièrement sensible au retrait d'amour. Elle est facilement

déçue dans son attente et recherche chez un autre l'amour qu'on lui refuse. La recrudescence des attentats sexuels au moment de la puberté provient de la curiosité sexuelle accrue à cette période même chez une enfant normalement élevée. La dissociation familiale, la débilité mentale, les difficultés affectives exagèrent cette curiosité et lui permettent de s'assouvir librement.

Ces attentats sexuels n'engagent pas que la responsabilité des agresseurs. De telles enfants, de telles adolescentes, sont des partenaires désignées pour les adultes que nous avons étudiés. La rencontre de ces deux comportements de niveau voisin entraîne la formation d'un « couple » sous l'influence de circonstances favorisantes.

Il en sera de même pour les incestes : les relations père-fille sont en effet plus nombreuses que ne le laissent supposer les statistiques officielles et nos propres observations : les preuves incertaines, l'attitude souvent ambivalente de la victime envers son père rendent difficile la découverte de la vérité. L'écart d'âge entre le père et la fille, souvent faible, ne constitue pas un obstacle insurmontable ; la mère est parfois plus âgée que le père. Elle espace ou refuse les rapports sexuels et laisse la place à sa fille. L'enfant accepterait-elle ce que son père lui demande sans se plaindre et le dénoncer si ces actes ne répondaient pas à un désir profond ? Certaines adolescentes dénoncent leur père au moment où elles pensent qu'il va les abandonner. Plus rarement, le père, qui n'est que l'un des séducteurs de sa fille, dénonce les autres auteurs ou présente une demande de correction paternelle envers sa fille. Il peut penser que l'enquête révélera sa duplicité. Il n'en poursuit pas moins son action. Le ferait-il s'il n'était pas sûr du silence complice de sa fille et aussi de l'impunité ? Agirait-il ainsi s'il l'avait prise par un abus d'autorité ?

Enfin, nous avons relevé la grande proportion d'enfants illégitimes parmi les victimes (25 %). Le problème de l'enfant illégitime est une charnière entre le fait psychologique et le fait social. En effet, tout être vit deux histoires : celle du monde et la sienne propre. Dans notre culture, où l'avoir conditionne l'être, l'enfant professe l'identité de l'être et de l'avoir. Il ne conçoit le monde que sous le mode de l'appartenance. Il est heureux dans la mesure où il appartient, puisque appartenir, c'est être. C'est là une première équivoque. A mesure qu'il grandit, l'enfant trouve dans ses rapports avec le milieu la confusion des deux modes de l'être et de l'avoir. Le fait d'être privé par l'absence de père, et parfois de mère, de son appartenance qui définissait son être,

provoque chez l'enfant illégitime la crise de son existence. Son existence est rongée de l'intérieur puisque son être est remis en question. Aussi se développe-t-il en lui un sentiment de culpabilité d'autant plus grand que l'adulte a cultivé davantage le mythe de l'innocence enfantine. L'enfant sans père se trouve privé de son être au monde et de l'assurance dans son innocence. La sentence intérieure de cet enfant sera une sentence de culpabilité profonde. Pour l'adulte, l'enfant illégitime représente le mythe de la culpabilité et l'occasion de s'excuser lui-même du poids de la faute. L'opinion a besoin de se rassurer elle-même de sa mauvaise conscience. Elle a besoin d'otages qu'elle charge du poids de la faute et qu'elle exclut de son sein. Les autres voient dans cette exclusion l'occasion de reconstituer une communauté en voie d'éparpillement. Par son existence, l'enfant crée une fêlure, un désordre dans l'ordre social dont la base est la famille légitime. Il cesse d'appartenir. Et, pourtant, il doit être. Puisqu'il ne le peut pas sur le plan du réel, il lui reste les moyens magiques le conduisant à des situations extrêmes. Ce moyen magique d'acquérir l'être par l'avoir peut se réaliser par plusieurs voies : le crime qui permet d'être le héros passager de l'actualité ; le mysticisme, origine de fausses vocations, qui recherche dans la religion la reconnaissance par l'être suprême du droit que ne reconnaissent pas les hommes, et le vol qui permet d'acquérir.

Quelle est la place de l'acte sexuel pour ces enfants ? Il est un moyen d'acquérir la personnalité adulte et de participer à une activité spécifique des adultes. Pour la fille : elle « est », puisqu'un homme la choisit et la préfère à une autre. C'est donc un moyen magique « d'être ».

Peut-on, dans ces conditions, envisager une *prophylaxie* ?

Il semble difficile de lutter contre un fait culturel. La loi pénale a prouvé largement son inadaptation. La prévention s'impose. Elle doit porter à la fois sur les agresseurs en puissance et sur les futures victimes. Gelma envisage la correctionnalisation de ce délit, qui éviterait la publicité des jugements des Cours d'Assises, même quand elles siègent à huis-clos. Son opinion mérite de retenir l'attention, mais s'inscrit dans le cadre de la répression, non de la prévention.

Le nombre important de provocations et d'actes consentis facilement par la victime, les délais très longs qui précèdent la dénonciation, rendent la prévention difficile, sans omettre la fréquence des cas passés inaperçus.

Les mesures préventives pourraient être :

1) Médicamenteuses et psychiatriques, mais il n'y a pas de médicament miracle. Le traitement des psychoses n'élimine pas 20 % des auteurs.

2) Psychologiques et pédagogiques. Il s'agit de l'éducation familiale et scolaire. Là encore, nous devons agir avec prudence. Rappelons le cas presque expérimental rapporté par Kardiner sur les îles polynésiennes. C'est celui d'un individu élevé par son père de façon très différente de celle des autres enfants. Un sec-teur de sa vie (l'éducation) a échappé à la norme culturelle ; ce sujet devenu adulte est un névrosé et sa névrose, plus grave que celle des autres hommes de son âge, exprime non la différence individuelle, mais la totalité de sa culture, ce qui est important.

Une forme d'éducation trop en marge des habitudes culturelles risque d'être catastrophique et d'aller à l'encontre du but poursuivi. Le vrai problème n'est pas pédagogique : une simple prise de conscience intellectuelle n'offre aucun intérêt.

3) Sociales. Ce n'est pas par hasard que la plupart des auteurs et des victimes appartiennent à des milieux peu élevés dans l'ac-tuelle hiérarchie. Le rôle de la promiscuité, de l'absence de la mère à son foyer, de l'inculture peuvent recevoir une solution d'ordre social. Bien entendu, l'intrication avec des problèmes comme l'alcoolisme complique encore la question.

Peut-il exister une prophylaxie pour un mal reposant sur une situation mal comprise de l'homme en société, cette situation variant elle-même dans le temps et suivant la culture ?

Pourtant, dans les milieux où l'enfant n'est pas sous l'étroite dépendance de l'adulte, la pensée magique est moins développée et les faits positifs plus nombreux. La relativité des normes cul-turelles nous laisse libres de penser que des modifications à la situation actuelle peuvent survenir suivant l'évolution sociale.

Il existe dans un problème culturel deux choses : la cause qui le fait naître et le rôle qu'il remplit. On n'a pas le droit de les identifier.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRIC (J.). — L'instabilité psycho-motrice chez l'enfant. *Thèse*, Montpellier, 1955.
- BALTHAZAR. — *Médecine légale et judiciaire*, 4^e édition, Baillière.
- BOREL (J.). — *Le déséquilibre psychique*, Paris, 1947, P.U.F.

- BOWMAN (K.). — Le problème des délinquants sexuels. *American Journal Psychiat.*, juillet 1952, 109, 17-21.
- BRANCALE (R.), ELLIS (A.) et DOORBAR (R.). — Recherches psychiatrique et psychologique sur les délinquants sexuels, reconnus. Rapport sommaire. *Amer. J. Psychiat.*, juillet 1952, 109.
- BROUARDEL. — *Attentats aux mœurs*.
- CUSHING (J. G. N.). — Psycho-pathologie de la délinquance sexuelle. *J. Chir. Psychopath.*, avril 1950, II, 49-56.
- DEUTSCH (H.). — *Psychologie des femmes*, P.U.F.
- DUFOUR. — *Bulletin de la Société de médecine légale de France*, 1910, 11.
- DUPRÉ. — Les perversions instinctives. *Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française*, Tunis, 1912.
- DURKHEIM (E.). — L'organisation matrimoniale des sociétés australiennes. *Année sociologique*, t. VIII, 1903-1904, Paris, 1905.
- La prohibition de l'inceste et ses origines. *Année sociologique*, t. I, 1896-1897, Paris, 1898.
- EUZIÈRE (J.), LAFON (R.) et FAURÉ (J.-L.). — Comportements agressifs chez la fillette et l'adolescente. *Pédiatrie*, 1950, n° 3.
- FRIEDLANDER (K.). — *La délinquance juvénile*, P.U.F.
- GELMA (E.). — Etat mental des petites filles plaignantes dans les affaires d'attentat à la pudeur. *Annales de médecine légale*, 1923, t. III, p. 121.
- et SINGER (L.). — De la valeur du consentement attribué à la victime d'un viol par son auteur. *Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française*, Rennes, 1952.
- GUIRAUD (P.). — *Psychopathologie générale*, P.U.F.
- HEUYER et LEOVICI (J.). — L'instabilité conditionnée. *Société de Pédiatrie*, janvier 1951.
- et SAUGUET. — Cent observations de délits sexuels. *Annales de médecine légale*, 1944, 129.
- HESNARD. — *Manuel de sexologie*, Payot.
- KARDINER (A.). — *L'individu et sa société*, Columbia Univ. Press., New-York, 1939.
- KRAFT-EBING. — *Psychopathia sexualis*.
- LACASSAGNE. — *Précis de médecine légale*, Masson.
- LAFON (B.). — *Psychopédagogie médico-sociale*, Paris, 1950, P.U.F.
- Le problème des comportements pervers chez l'enfant et l'adolescent. Rapport de psychiatrie. *Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française*, Rennes, 1951.
- et MARTIN (P.). — *Le complexe psycho-somatique en pédagogie*, Lyon, 1946, Cartier.
- LECOMTE. — De l'attentat à la pudeur à l'homicide après sortie de prison, chez un aliéné alcoolique. *Société de médecine légale*, 8 octobre 1945.
- LEGLUDIC. — *Attentats aux mœurs*, Masson.
- LÉVI-STRAUSS. — *Les structures élémentaires de la parenté*.
- MARTIN (P.). — Les mineurs vagabondes et prostituées. *Thèse*, Lyon, 1939.

- MAUSS. — *Sociologie et anthropologie*.
- MIGNOT et LEGRAND. — Attentats aux mœurs sur des aliénées. *Annales de médecine légale*, 1927, 62.
- PALM (R.) et ABRAHAMSEN (D.). — Etude à l'aide du test de Rorschach des femmes des délinquants sexuels. *J. Nerv. Ment. Dis.*, fév. 1954, 119, n° 2, 167-172.
- PARIZOT (P.) et AUBRY (E.). — Perversions et aberrations sexuelles, alcoolisme et responsabilité pénale. *Annales de médecine légale*, 1922, t. II, p. 282.
- POUGET (R.). — *Thèse médecine*, Montpellier, 1956.
- ROJAS. — La perversion acquise. *Annales médico-psychologiques*, janv. 1951.
- SCHACHTER et COTTE. — Etude médico-psychologique de quelques mineures victimes d'agressions sexuelles par des membres de leur famille. *Arch. de neurol.*, janv. 1952, n° 1.
- SIMONIN. — *Médecine légale judiciaire*, 1947, Maloine.
- SMITH (S.). — Un cas allégué de viol. *Brit. Med. J.*, 15 décembre 1951, 2, 1454-1457.
- TARDIEU (A.). — *Etude médico-légale sur les attentats aux mœurs*, Baillière.
- THOINOT (L.). — *Attentats aux mœurs*, Doin.
- VIBERT (Ch.). — *Précis de médecine légale*, Baillière.
- WALLON (H.). — *Les origines du caractère chez l'enfant*.
-

RECHERCHES SUR LE COMPORTEMENT DE LA SEROTONINE DANS LE SERUM SANGUIN DES SCHIZOPHRENES (*)

par

ANDRÉ JUS, DANUTA LASKOWSKA et STEFAN ZIMNY
(de Varsovie)

L'augmentation de la constriction du vaisseau sanguin après sa lésion sous l'influence de la coagulation du sang est un fait bien connu depuis plus de 100 ans (selon Page, 1954), mais ce n'est qu'en 1949 que Rapport a réussi à découvrir une substance provoquant cette constriction et à l'identifier comme 5-hydroxy-tryptamine (référée ci-dessous comme 5 H.T.). Erspamer et Asero, en 1952, ont mis en évidence que l'entéramine, décrite antérieurement par Erspamer comme l'hormone des cellules antérochromaffines et argentaffines de la muqueuse intestinale, est chimiquement identique avec la 5 H.T. L'intérêt des neurophysiologistes et des psychiatres pour la 5 H.T. fut suscité par la découverte de sa présence dans les extraits du tissu nerveux des différentes régions, surtout du tronc cérébral (Twarog et Page, 1953 ; Amin, Crawford et Gaddum, 1954 ; Gaddum et Paasonen, 1955 ; Garven, 1956), ainsi que par la découverte des multiples corrélations entre la 5 H.T. et les différentes substances agissantes sur le système nerveux central. Les plus importantes paraissent ici les corrélations avec les hallucinogènes et avec la réserpine et la chlorpromazine.

Les hallucinogènes sont des substances qui provoquent des perturbations temporaires de la perception, de l'affectivité, de la

* Travail de la Clinique des maladies mentales de l'Institut de perfectionnement à l'Académie de médecine à Varsovie (Pologne). (Directeur de l'Institut : prof. W. Hartwig, directeur de la clinique : prof. André Jus) et de l'hôpital psychiatrique « Kochanówka » à Lodz (Pologne) (Directeur : Dr M. Marzynski).

pensée et de la position du corps (Hoffer, selon Richter, 1957). Grâce à leur antagonisme pharmacologique avec la 5 H.T., la diéthylamide de l'acide lysergique (L.S.D. 25) et l'adrénochrome présentent ici un intérêt particulier.

L.S.D. 25 est un dérivé demi-synthétique du groupe de l'ergovine obtenue par Stoll et Hoffmann (selon Page, 1954). Le syndrome psychotique apparaissant après l'application de L.S.D. 25 fut décrit premièrement par Stoll (1947) et ensuite par un nombre remarquable d'auteurs (Anderson et Rawnsley, 1954 ; Rinkel, Hyde, Solomon et Hoagland, 1955 ; Roubicek et Srnec, 1955, etc...).

L'adrénochrome, un produit d'oxydation de l'adrénaline, découvert par Green et Richter, renferme un noyau indole. Hoffer, Osmond et Smythies (1954) ont émis l'hypothèse que l'adrénochrome est produit en quantité excessive dans la schizophrénie à cause d'une sécrétion augmentée de l'adrénaline. En même temps, ces auteurs ont observé, dans les expériences sur les volontaires, la provocation par l'adrénochrome des symptômes psychotiques semblables à ceux provoqués par la mescaline.

Dans l'expérience pharmacologique, comme nous l'avons mentionné ci-dessus, les différents auteurs ont observé un antagonisme entre la 5 H.T. et L.S.D. 25 (Gaddum, 1953, etc...) et entre la 5 H.T. et l'adrénochrome (Stern, Hukovic et Muacevic, 1956, etc...).

Les corrélations entre la 5 H.T. et la réserpine ont été étudiées en utilisant des méthodes différentes. C'est ainsi que Paasenen et Vogt (1956) ont déterminé directement la concentration de la 5 H.T. dans les différentes régions du cerveau du chien avant et après l'application de la réserpine. Ils ont observé une chute remarquable et même une disparition de la 5 H.T. du cerveau après l'application de la réserpine. Naess et Schanche (1956) ont observé chez les lapins et Erspamer (1956) chez les rats une chute remarquable de la concentration de la 5 H.T. dans le sérum sanguin après l'application de la réserpine.

Dans un autre groupe d'expériences, on a étudié l'élimination de l'acide 5-hydroxy-3-indole acétique (référé ci-dessous comme 5 H.I.A.A.) dans les urines après l'application de la réserpine. Cet acide provient principalement de l'oxydation de la 5 H.T. par la mono-amino-oxydase et l'aldéhide-oxydase (Erspamer, 1955 ; Udenfriend, Titus et Weissbach, 1955). Certains auteurs (Shore, Silver et Brodie, 1955 ; Erspamer, 1956) ont observé chez les animaux, après l'application intrapéritonéale de la réserpine, une

augmentation de l'élimination du 5 H.I.A.A. dans les urines. Langemann et Goerre (1957) ont observé chez l'homme, après quelques doses de réserpine, une chute peu importante de l'élimination du 5 H.I.A.A., précédée parfois par une brève augmentation. Les mêmes auteurs ont pourtant observé dans les cas des carcinoides une augmentation nette de l'élimination du 5 H.I.A.A. dans les urines après l'application de la réserpine.

Lafon, Boyer, Duc, Minvielle et Pouget (1956) viennent à la conclusion que la réserpine agit probablement par l'intermédiaire de la 5 H.T. libérée.

Sano, Kakimoto et Okamoto (1957) ont observé chez les malades traités par la chlorpromazine une chute de l'élimination du 5 H.I.A.A. Ils ont ensuite établi dans leurs expériences que la chlorpromazine inhibe *in vitro* et *in vivo* la désamination de la 5 H.T.

Toutes ces données concernant les corrélations entre la 5 H.T. et les substances hallucinogènes et les neuroleptiques, observées surtout dans les expériences pharmacologiques, sont devenues pour certains auteurs (surtout ceux qui cherchent des corrélations intimes entre les psychoses expérimentales et la schizophrénie) le point de départ des différentes conceptions sur l'étiologie de la schizophrénie. C'est ainsi que Wooley (cité d'après M. Bleuler) veut voir les causes de la schizophrénie dans le déficit de la 5 H.T. dans le cerveau et considère la 5 H.T. comme une drogue efficace et causale. M. Bleuler (1956), en s'opposant à cette conception qui lui paraît trop simplifiée, discute largement la différence entre la schizophrénie et la psychose expérimentale. Tout en affirmant la nécessité des recherches chimiques, pharmacologiques et physiologiques, Bleuler postule une collaboration très étroite de tous ces spécialistes avec les psychiatres, surtout en ce qui concerne l'émission de toute hypothèse clinique. En ce qui concerne cette question, il nous apparaît que le point de vue représenté par Delay et coll. (1956) est très justifié. Tout en admettant que les syndromes psychotiques provoqués par les différentes substances ne sont pas exactement superposables à ceux que l'on observe dans les psychoses et la schizophrénie, et qu'expliquer leur pathogénie par un même mécanisme biochimique serait pour le moment prématuré, Delay est d'opinion que « les psychoses spontanées et les psychoses expérimentales présentent de telles similitudes que, si nous avons une meilleure connaissance des mécanismes biochimiques responsables de ces psychoses, notre connaissance des psychoses essentielles et de la

schizophrénie serait bien meilleure ». Un point de vue analogue nous a inspiré pour nos recherches.

Mentionnons encore les données des expériences sur l'effet thérapeutique de la 5 H.T. L'application orale de 20 à 60 milligrammes de 5 H.T. dans les psychoses provoquerait, selon Fouks, Laine, Largeau et Pagot (1957), une activation avec socialisation et reprise de l'activité pragmatique, sans action correspondante sur l'activité délirante et hallucinatoire.

Pierre, Cahn, Georges, Dubrasquet et Herold (1957), récapitulant les données de leurs recherches expérimentales sur la 5 H.T., attribuent à cette substance une action cholinergique et antichoc (par l'inhibition d'activation hypophyso-surrénale consécutive à différents chocs).

Toutes ces données forment un point de départ pour les différentes hypothèses sur le rôle de la 5 H.T. C'est ainsi que Wooley et Shaw (1954), en se basant sur le fait que L.S.D. 25 inhibe intensément *in vivo* et *in vitro* la 5 H.T., ont émis l'hypothèse que certaines psychoses sont provoquées par le déficit de la 5 H.T. dans le cerveau.

D'autre part, la chute du taux sérique de la 5 H.T. après l'application de la réserpine semble indiquer que certaines psychoses sont accompagnées plutôt d'un excès de la 5 H.T. dans le cerveau ou tout au moins d'une exaltation de son action. Les recherches de Delay et Thuillier (1956) donnent l'appui à cette hypothèse. Ces auteurs ont mis en évidence la potentialisation de la 5 H.T. par la mescaline (1956) et par les molécules psychotoniques dérivées de la phényl-éthylamine (1956).

Du point de vue mécanisme biochimique, on pourrait expliquer cette potentialisation, selon Delay et Thuillier, par une inhibition de l'aminoxydase qui est à l'origine de la destruction de la 5 H.T. Ils envisagent également la possibilité d'une synergie entre la 5 H.T. et les dérivés de la phényl-éthylamine, qui serait due à la sensibilisation de certains récepteurs cérébraux de 5 H.T. (tryptamino-récepteurs) par les substances considérées. Les mêmes auteurs expriment l'opinion que L.S.D. 25, s'il est appliqué à doses fortes, a une action inhibitrice, tandis qu'en doses plus faibles, il est aussi un « potentialisateur » de la 5 H.T.

*
**

Malgré toute cette richesse d'hypothèses sur le rôle et l'importance de la 5 H.T. dans le système nerveux central et même

dans l'étiologie des psychoses, nous n'avons pas trouvé, dans la bibliographie qui a été à notre portée, aucune notion sur le comportement de la 5 H.T. dans les maladies mentales, sauf le travail de Paré et coll. (1953) qui ont observé dans l'oligophrénie phénylopyruvique une diminution du taux de la 5 H.T. dans le sang.

Nous nous sommes donc penchés sur ce problème afin d'obtenir les résultats préliminaires sur le comportement de la 5 H.T. dans le sérum sanguin des schizophrènes et les comparer avec ceux des sujets normaux et les autres cas de maladies mentales.

MÉTHODE UTILISÉE PAR NOUS POUR LA DÉTERMINATION DU TAUX DE LA 5. H.T. DANS LE SÉRUM SANGUIN

La détermination du taux sérique de la 5 H.T. consiste : 1° en une préparation d'un extrait contenant la 5 H.T., et 2° en une détermination soit chimique, soit biologique du taux de la 5 H.T. dans l'extrait.

1. *Préparation de l'extrait du sérum sanguin.*

Le matin à jeun, nous prenions de la veine cubitale de l'examiné 6 ml. de sang à l'aide d'une aiguille sèche, évitant toute compression. L'éprouvette avec le sérum restait à la température de la chambre jusqu'à la formation d'un coagulat. Nous faisons ensuite l'extraction suivant la méthode d'Amin, Crawford et Gaddum (1954), dans la modification de Garven (1956) pour le sang.

A l'aide d'une pipette, nous mesurons 2 ml. de sérum et nous le mettons dans une bouteille contenant 40 ml. d'acétone. Après avoir remué soigneusement le contenu, nous gardions la bouteille à la température de 5° C. pendant 30 minutes. Nous filtrions ensuite le contenu par le papier-filtre de Whatman n° 1, antérieurement rincé avec 5 ml. d'acétone à 95 %. Après avoir filtré, nous rincions le papier-filtre et la bouteille avec 2 ml. d'acétone à 95 %. Nous évaporions ensuite ensemble le filtrat avec l'acétone qui avait servi au rinçage jusqu'au sec au bain-marie à la température de 30-35° C. sous une pression diminuée. Pour diminuer l'écume, nous ajoutions selon le cas 2 ml. d'éthanol. Au reste sec, nous ajoutions 1 ml. d'eau bidistillée. Cette solution était ensuite soumise à l'extraction par 15 ml. d'éther à pétrole pour éliminer les lipoides. Le reste aqueux était évaporé au sec au bain-marie à la température de 30-35° C. L'extrait préparé ainsi, dilué dans 2 ml. de sel physiologique, était prêt à la détermina-

tion immédiate. On pouvait le garder aussi à l'état sec au frigidaire jusqu'au lendemain. Nous faisons en règle la détermination le même jour.

2. La détermination du taux de la 5 H.T. dans l'extrait du sérum sanguin.

Nous avons utilisé la méthode biologique selon Amin, Crawford et Gaddum (1954), en se servant de l'utérus vierge de la rate blanche, chez laquelle nous avons provoqué l'œstrum par l'injection antérieure de stilbœstrol.

La veille ou deux jours avant l'expérience, nous faisons à une rate, pesant environ 150 g., une injection sous-cutanée de stilbœstrol : 0,1 g./kg. de poids. Ceci provoquait en règle une hyperhémie et une enflure nette de l'utérus. Pour la détermination des contractions, nous découpons un morceau de la partie moyenne d'une des cornes de l'utérus. Ce morceau, d'une longueur de 1-1,5 cm., était maintenu en survie dans un bain de Tyrode (volume du bain : 5 ml.), à la température de 32° C. (Les auteurs mentionnés ci-dessus utilisaient le liquide Jalon). Avant chaque détermination, nous ajoutons une solution d'atropine pour supprimer l'action de l'acétylcholine. Les intervalles entre les doses particulières étaient de 4 minutes. Les contractions sous-maximales, dont nous nous servions pour les déterminations, étaient présentes d'habitude à la dose de 0,02-0,018 microgramme (μ g.) du sel complexe 5 H.T. et du sulfite de créatinine (Hoffmann, La Roche, Suisse).

Nous vérifions la spécificité de la réaction en se basant sur l'antagonisme pharmacologique entre la 5 H.T. et L.S.D. 25 (L.S.D. 25, Sandoz, Suisse), décrit pour la première fois par Gaddum (1953) et affirmé ensuite par les travaux ultérieurs (Gaddum et Hameed, 1954 ; Gaddum, Hameed, Hathway et Stephens, 1955 ; Cerletti et Rothlin, 1955 ; Gaddum et Vogt, 1956).

Les valeurs de la 5 H.T. dans le sérum sanguin sont exprimées dans nos recherches en relation au sel complexe de la 5 H.T. et au sulfite de créatinine. La 5 H.T. pure constitue 50 % de cette combinaison.

LES DONNÉES BIBLIOGRAPHIQUES

SUR LA CONCENTRATION DE LA 5 H.T. DANS LE SÉRUM SANGUIN

A) Résultats acquis par l'utilisation de la méthode de détermination biologique sur l'utérus œstral de la rate.

Ersparmer et Faustini (1953) ont observé, chez les sujets âgés

de 20 à 25 ans (14 examinés), une concentration moyenne de la 5 H.T. comportant 240 $\mu\text{g./l.}$, avec les oscillations entre 140-400 $\mu\text{g./l.}$ Chez les sujets âgés de 60-90 ans (16 examinés), la concentration moyenne comportait 180 $\mu\text{g./l.}$, avec les oscillations entre 60-300 $\mu\text{g./l.}$ en relation au sel complexe de la 5 H.T. Soulignons pourtant que ces auteurs ont utilisé une méthode de préparation des extraits un peu différente de celle qui fut utilisée par nous-mêmes.

Feldman, Izak et Nelken (1957) ont observé, dans 13 cas de sclérose en plaques, les valeurs de 80-1.000 $\mu\text{g./l.}$ et ils les ont évaluées comme étant dans les limites de norme. Ces auteurs n'ont pas pourtant précisé si ces valeurs exprimaient la relation à la 5 H.T. pure ou à son sel complexe.

Paré, Sandler et Stacey (1957) ont observé chez les adultes normaux le taux moyen de 99 $\mu\text{g./l.}$ Ici non plus, il n'a pas été précisé si la détermination exprimait la relation au sel complexe ou à la 5 H.T. pure. Il faut pourtant souligner que, contrairement à Feldman et coll. (1957), ces auteurs évaluent le résultat de 608 $\mu\text{g./l.}$, observé par eux dans un seul cas, comme « étonnamment haut ».

B) Résultats obtenus par les méthodes physico-chimiques.

Udenfriend, Weissbach et Clark (1955), en appliquant la méthode fluorométrique, ont obtenu le taux de la 5 H.T. dans le sérum sanguin de l'homme d'une valeur environ de 100-300 $\mu\text{g./l.}$ en relation à la 5 H.T. pure.

Observations personnelles sur la concentration de la 5 H.T. dans le sérum sanguin des différents groupes des examinés

Depuis mars 1957 jusqu'à mai 1958, nous avons déterminé le taux de la 5 H.T. dans le sérum sanguin :

a) Des 10 sujets normaux âgés de 27-37 ans, médecins de l'Hôpital « Kochanówka » et de la Clinique des Maladies-Mentales de l'Académie de Médecine à Lodz (14 déterminations). Nous avons obtenu la valeur moyenne de 135 $\mu\text{g./l.}$, avec les oscillations entre 51-187 $\mu\text{g./l.}$

b) Des 21 malades (sept cas de sclérose en plaques, un de radiculite lombo-sacrée, trois d'épilepsie, deux de démence sénile, un de caractéropathie post-traumatique, trois de psychopathie et quatre de névrose), âgés de 24 à 70 ans, de la section neurologique ou des sections psychiatriques de l'Hôpital « Kochanówka »

(23 déterminations). La valeur moyenne était dans ce groupe de 139 $\mu\text{g./l.}$ et les oscillations entre 83-200 $\mu\text{g./l.}$

Chez les 31 examinés appartenant aux groupes *a)* et *b)* (dont 10 sujets normaux et 21 malades), seulement dans deux cas le taux a été au-dessous de 100 $\mu\text{g./l.}$, et ceci chez un sujet normal (51 $\mu\text{g./l.}$) et chez une névrotique (83 $\mu\text{g./l.}$).

c) Des 4 cas de psychose involutive ou sénile à forme paranoïde dépressive (4 déterminations). La valeur moyenne a été ici de 50 $\mu\text{g./l.}$ et les oscillations entre 33-80 $\mu\text{g./l.}$

d) Des 44 schizophrènes âgés de 19 à 53 ans, avec la durée de la psychose depuis quelques semaines jusqu'à 17 ans. Seulement un de ces cas a été classé comme schizophrénie simple, deux comme forme catatonique, un comme forme hébéphrénique et 40 comme forme paranoïde de schizophrénie. Dans ce groupe, nous avons exécuté 56 examens et nous avons obtenu la valeur moyenne de 67 $\mu\text{g./l.}$ et les oscillations entre 17-500 $\mu\text{g./l.}$

Dans les groupes *c)* et *d)*, nous avons pris en considération seulement les cas qui n'ont jamais été traités antérieurement, ou ceux dont le traitement a été fini au moins depuis trois semaines.

Dans le groupe *d)*, nous avons observé chez 35 malades, avec une durée variable de la maladie et avec une symptomatologie paranoïde, le taux au-dessous de 100 $\mu\text{g./l.}$ et les oscillations entre 88-17 $\mu\text{g./l.}$ Parmi ces 35 malades, avec le taux au-dessous de 100 $\mu\text{g./l.}$, dans un seul cas nous avons observé pendant les examens un épisode de confusion mentale avec fièvre, durant six jours. Cet épisode est apparu pendant la seconde poussée d'une schizophrénie présente depuis deux ans.

Les valeurs de 100 $\mu\text{g./l.}$ ou au-dessus de 100 $\mu\text{g./l.}$ ont été observées dans le groupe *d)* chez neuf autres malades. Parmi ces neuf malades, quatre cas avaient avec un symptôme déficitaire, soit paranoïde (3 cas), soit hébéphrénique (1 cas), à la suite d'une schizophrénie présente depuis 3-8 ans. Le taux de la 5 H.T. était dans ces cas de 100-200 $\mu\text{g./l.}$ Chez les quatre autres malades de ce groupe, nous avons observé pendant les examens les épisodes de confusion mentale avec fièvre (sans altérations significatives de la part des organes internes), durant 2-5 jours et se manifestant soit au cours de la première ou d'une des suivantes poussées de la schizophrénie paranoïde présente depuis quelques semaines jusqu'à 15 ans. Le taux de la 5 H.T. oscillait chez ces malades entre 120-266 $\mu\text{g./l.}$ Le taux maximum était de 500 $\mu\text{g./l.}$ et nous l'avons observé chez la neuvième malade de ce groupe. C'était un cas de schizophrénie paranoïde présente de-

puis 6 ans, qui n'a jamais été traitée et qui a été reçue à l'hôpital à cause des conflits avec l'entourage (Z. W., âgée de 38 ans, n° 5.611/58).

Quelques observations sur le comportement du taux de la 5 H.T. dans le sérum sanguin au cours du processus psychotique

Les observations rapportées ci-dessous, à l'exception de quelques-unes faites pendant le traitement par le frenquel, ont un caractère fragmentaire. Nous les avons faites en marge de nos recherches, dont le but principal a été de faire des observations préliminaires sur le taux sérique de la 5 H.T. des schizophrènes.

Dans le but de systématisation, nous avons divisé les résultats de ces observations en deux parties : la première comprend quelques faits observés au cours d'une psychose non traitée, la seconde, au cours ou après le traitement.

A) Le taux de la 5 H.T. dans le sérum sanguin au cours de la psychose non traitée.

Nous attirons ici spécialement l'attention sur le malade Z... M..., âgé de 27 ans (n° 1.612/58) avec la diagnose : symptôme déficitaire paranoïde à la suite du processus schizophrénique durant depuis quatre ans. La première détermination faite chez ce malade a donné la valeur de 166 $\mu\text{g./1 l.}$, tandis que le second examen, fait après six mois, pendant une exacerbation aiguë du processus (excitation extraordinaire motrice et verbale, hallucinations verbales en masse), a donné la valeur de 32 $\mu\text{g./1 l.}$

Nous avons observé une chute rapide du taux sérique de la 5 H.T. chez la malade L... K..., âgée de 44 ans, au cours d'une exacerbation aiguë du processus pendant quatre jours, sous forme d'un épisode de confusion mentale avec fièvre (sans altérations saisissables de la part des organes internes). Pendant le premier examen, exécuté le quatrième jour de l'épisode, le taux sérique de la 5 H.T. était de 120 $\mu\text{g./1 l.}$, et pendant le second examen, exécuté le cinquième jour de l'épisode, le taux était seulement de 80 $\mu\text{g./1 l.}$

Une chute plus remarquable encore du taux sérique de la 5 H.T. fut observée par nous chez la malade Z... W... (mentionnée ci-dessus), âgée de 38 ans (N° 5.611/58), avec la diagnose : schizophrénie paranoïde depuis six ans, qui n'a jamais été traitée. Au cours d'une exacerbation du processus, le taux a diminué chez cette malade de 500 $\mu\text{g./1 l.}$ à 100 $\mu\text{g./1 l.}$ pendant deux jours. Malheureusement nous n'avons pu suivre cette malade, dont la famille a signé la sortie de l'hôpital contre l'opinion du médecin-traitant.

B) *Le taux de la 5 H.T. dans le sérum sanguin pendant ou après le traitement d'une psychose.*

Chez la malade J... R..., âgée de 44 ans (N° 3.120/57), avec la diagnose : schizophrénie paranoïde depuis quinze ans, nous avons observé pendant l'exacerbation du processus un taux sérique de 40 $\mu\text{g.}/1\text{ l.}$ Quatre mois plus tard, pendant une amélioration psychique remarquable (tranquillisation complète de la malade, disparition des délires, évaluation critique de sa maladie), après un traitement par le largactil, le taux était de 100-106 $\mu\text{g.}/1\text{ l.}$, mesuré dans les intervalles de cinq jours. La malade recevait dans cette période une dose de soutien de 3 mg. de serpasil par jour.

Chez la même malade J... R..., et chez une autre malade, avec aussi une schizophrénie paranoïde depuis quelques années, nous avons observé pendant le traitement à doses élevées par le serpasil une chute tellement importante de la 5 H.T. dans le sérum qu'il a été pratiquement impossible de la déterminer (pendant quatre examens, le taux a été au-dessous de 10 $\mu\text{g.}/1\text{ l.}$). Ces chutes du taux de la 5 H.T. ont été accompagnées d'une tranquillisation des malades, qui a précédé une amélioration stable chez J... R... et un effet thérapeutique transitoire chez la deuxième malade.

Chez deux malades chroniques, avec les exacerbations du processus, nous avons déterminé le taux sérique de la 5 H.T. au cours de vingt-deux jours de traitement par le frenquel. Chez la première malade, S... G..., âgée de 36 ans (N° 4.648/57), avec la diagnose : schizophrénie paranoïde (imprégnée dépressivement) depuis dix ans, exacerbation depuis une semaine ; le taux primaire était de 53 $\mu\text{g.}/1\text{ l.}$ Chez la seconde malade, H... R..., âgée de 27 ans (N° 4.630/57), avec la diagnose : schizophrénie paranoïde depuis six ans, exacerbation depuis quelques semaines, le taux sérique primaire a été de 60 et 40 $\mu\text{g.}/1\text{ l.}$, mesuré dans l'intervalle de six jours. Pendant vingt-deux jours du traitement par le frenquel nous avons obtenu chez ces malades les valeurs suivantes : dans le premier cas, 50-40-45-20-32-40 $\mu\text{g.}/1\text{ l.}$; dans le second cas, 40-40-32-32-16-20-0-35 $\mu\text{g.}/1\text{ l.}$ Ni l'un ni l'autre cas ne se sont améliorés après le traitement par le frenquel.

Chez la malade Z... M..., âgée de 43 ans (N° 4.615/57), avec la diagnose : schizophrénie paranoïde depuis deux ans, exacerbation depuis dix semaines, le taux sérique primaire de la 5 H.T. était de 20 $\mu\text{g.}/1\text{ l.}$ Pendant le traitement, combiné par le largactil et le frenquel, dans trois examens successifs la 5 H.T. a été absente dans le sérum sanguin. L'état psychique de cette malade s'était amélioré remarquablement pendant le traitement.

La malade H... Z..., âgée de 45 ans (N° 4.666/57), avec diagnose : psychose climaterique, à forme paranoïde-dépressive, depuis deux ans, avait le taux sérique primaire de la 5 H.T. de 40 $\mu\text{g.}/1\text{ l.}$ Pendant le traitement par le frenquel au cours des cinq semaines nous n'avons

pas observé d'amélioration. Le taux sérique de la 5 H.T., déterminé dans cette période dans les intervalles de quelques jours, était : 40-40-40-13-25 $\mu\text{g./l}$. Après deux électrochocs, ce taux a augmenté jusqu'à 50 $\mu\text{g./l}$, et ensuite jusqu'à 80 $\mu\text{g./l}$. En même temps nous avons observé après le deuxième électrochoc une amélioration nette de l'état physique.

Chez deux malades : E... C..., âgé de 34 ans (N° 3.610/57), avec la diagnose : schizophrénie paranoïde depuis un an, et J... K..., âgé de 33 ans (N° 2.552/57), avec la diagnose : schizophrénie cyclique à forme paranoïde-dépressive depuis sept ans, nous avons déterminé le taux sérique de la 5 H.T. après le traitement par le serpasil et par le largactil. Les deux malades se sont améliorés après ce traitement, et le taux sérique de la 5 H.T. était de 160 $\mu\text{g./l}$ dans le premier cas et de 150 $\mu\text{g./l}$ dans le second cas.

DISCUSSION

Nos recherches permettent de faire actuellement quelques conclusions préliminaires :

1) Le taux de la 5 H.T. dans le sérum sanguin des sujets normaux [groupe *a*)] et des différents cas des maladies du système nerveux [groupe *b*)] est très ressemblant en ce qui concerne la valeur moyenne. Elle est pour le groupe *a*) : 135 $\mu\text{g./l}$, pour le groupe *b*) : 139 $\mu\text{g./l}$. Les oscillations sont aussi très ressemblantes : dans le groupe *a*), de 51-187 $\mu\text{g./l}$, dans le groupe *b*), de 83-200 $\mu\text{g./l}$.

Les valeurs moyennes obtenues par nous sont intermédiaires entre les valeurs obtenues par Erspamer et Faustini (1953) et par Paré, Sandler et Stacey (1957).

2) Le taux de la 5 H.T. dans les groupes *a*) et *b*) est nettement différent de celui du groupe *d*) (cas de la schizophrénie). Cette différence a deux aspects :

1° Les oscillations du taux sérique de la 5 H.T. des schizophrènes sont plus larges que dans les groupes *a*) et *b*). Elles sont entre les limites de 17-500 $\mu\text{g./l}$. Comme les limites normales des oscillations du taux sérique de la 5 H.T. ne sont pas encore définies, il est difficile de conclure si les oscillations du taux sérique chez les schizophrènes sont encore entre ou déjà au-delà des limites normales.

Les larges limites sont pourtant un phénomène très caractéristique des différents taux biochimiques et physiologiques dans la schizophrénie. Richter souligne qu'une évaluation critique des recherches sur le métabolisme hydrocarbonate et protéique dans

la schizophrénie, ainsi que les résultats des recherches endocrinologiques, ont mis en évidence comme un fait incontestable une étendue des limites des oscillations beaucoup plus large que chez les sujets normaux.

2° La valeur moyenne du taux sérique de la 5 H.T. dans la schizophrénie est beaucoup plus petite que les valeurs moyennes du taux dans les groupes *a*) et *b*). Dans les cas de schizophrénie observés chez nous, elle comporte 67 $\mu\text{g.}/\text{l.}$, en comparaison avec 135 $\mu\text{g.}/\text{l.}$ dans le groupe *a*) et 139 $\mu\text{g.}/\text{l.}$ dans le groupe *b*).

3) Les résultats obtenus chez les malades avec les psychoses involutives et séniles [groupe *c*)] ne se laissent pas analyser, car le nombre des examinés est trop restreint. Soulignons seulement provisoirement que nous avons observé dans ce groupe les oscillations dans les limites étroites (33-80 $\mu\text{g.}/\text{l.}$) et une valeur moyenne du taux basse (50 $\mu\text{g.}/\text{l.}$).

4) La moyenne du taux sérique basse présente chez les malades examinés par nous résulte en premier lieu du fait que seulement chez 9 schizophrènes, parmi les 44 examinés, le taux sérique de la 5 H.T. dépassait 100 $\mu\text{g.}/\text{l.}$ Parmi ces neuf malades, dans cinq cas nous avons observé une exacerbation nette du procès schizophrénique ; dans quatre cas, cette exacerbation avait la forme d'un épisode de confusion mentale. Soulignons aussi que, chez les malades avec une exacerbation du processus schizophrénique, nous avons observé dans la période d'exacerbation des valeurs très basses du taux sérique. Ceci est très démonstratif dans le cas cité ci-dessus de Z. M., chez lequel, dans l'état déficitaire chronique, le taux sérique de la 5 H.T. comportait 166 $\mu\text{g.}/\text{l.}$, et quelques mois plus tard, dans la période d'exacerbation du processus, 32 $\mu\text{g.}/\text{l.}$ Chez beaucoup de malades, nous avons aussi observé pendant l'épisode de confusion mentale des valeurs très basses du taux de la 5 H.T.

Les résultats actuels de nos recherches indiquent qu'il est très probable que, dans les états aigus du processus schizophrénique, le taux sérique de la 5 H.T. oscille largement, en diminuant rapidement, souvent pendant quelques jours, des valeurs relativement hautes aux valeurs très basses.

Nous ne pouvons pourtant pas à la base de nos recherches faire une conclusion sur la corrélation entre l'augmentation et la chute du taux sérique de la 5 H.T. et l'augmentation ou la diminution de l'accumulation de la 5 H.T. dans l'organisme, donc également dans le cerveau. Ce n'est qu'une évaluation synchrone du taux sérique de la 5 H.T. et de son produit d'oxydation,

c'est-à-dire du taux de 5 H.I.A.A., éliminé dans les urines, qui donnerait cette possibilité.

Dans la seconde étape de nos recherches, nous allons donc déterminer en même temps le taux de la 5 H.T. dans le sérum sanguin et le taux de 5 H.I.A.A. dans les urines.

5) Pendant le traitement par le serpasil ou pendant le traitement combiné par le largactil et le frenquel, nous avons observé une chute importante du taux sérique de la 5 H.T. jusqu'à sa disparition complète du sérum. Etant donné qu'il résulte des recherches expérimentales de Shore, Silver et Brodie et d'Ersparmer, que l'application de la réserpine provoque une élimination augmentée de la 5 H.T. de l'organisme, se manifestant par une chute du taux sérique de la 5 H.T. et une augmentation simultanée de l'élimination de 5 H.I.A.A. dans les urines, on pourrait admettre que ce faible taux sérique de la 5 H.T., diminuant au zéro, observé par nous au cours du traitement par le serpasil ou par le frenquel combiné avec le largactil, est une expression d'une élimination augmentée de la 5 H.T. de l'organisme. Il va de soi que cette hypothèse doit encore être vérifiée par l'examen simultané du taux sérique de la 5 H.T. et du taux de 5 H.I.A.A. dans les urines.

Il faut souligner que la chute ou la disparition de la 5 H.T. du sérum sanguin était accompagnée dans nos cas d'une amélioration soit stable, soit transitoire de l'état psychique.

Chez les malades traités seulement par le frenquel, le taux sérique de la 5 H.T. restait soit inaltéré, soit diminuait un peu seulement pour une courte période, et nous n'avons pas observé aucune amélioration dans l'état de nos malades.

Dans le cas de H. K., deux électrochocs ont provoqué une augmentation rapide du taux de la 5 H.T. dans le sérum sanguin et en même temps une amélioration de l'état psychique. Est-ce qu'il arrive dans de tels cas — peut-être sous l'influence d'une « libération » rapide et soudaine de la 5 H.T. du cerveau — une augmentation de l'élimination de 5 H.I.A.A. dans les urines ? Les examens simultanés du taux sérique de la 5 H.T. et du taux de H.I.A.A. dans les urines pourront peut-être donner une réponse à cette question.

6) Il résulte de nos recherches que, dans les cas améliorés, le taux sérique de la 5 H.T. atteint un niveau plus haut que la moyenne valable pour tout le groupe des schizophrènes examinés par nous. La malade J. R., qui a été traitée avec succès par le serpasil, avait pendant le traitement une chute du taux sérique

de la 5 H.T. de 40 $\mu\text{g./l.}$ au zéro. Quelques mois plus tard, pendant l'amélioration psychique, mais toujours traitée par une dose soutenante de serpasil, cette malade avait un taux sérique de la 5 H.T. de 100 et 106 $\mu\text{g./l.}$ Ceci semble être une illustration convaincante de notre conclusion.

CONCLUSIONS

1) Les oscillations du taux sérique de la 5 H.T. chez les schizophrènes sont plus larges que dans le groupe de contrôle. Etant donné que les limites normales ne sont pas encore précisées, il est actuellement impossible de conclure si les oscillations observées dans les cas de schizophrénie sont encore entre ou au-delà des limites normales.

2) La valeur moyenne du taux sérique de la 5 H.T. dans les cas de schizophrénie, ainsi que dans les cas de psychose involutive et sénile, semble être plus basse que dans le groupe de contrôle.

3) Nous avons observé quelquefois pendant les épisodes de confusion mentale, au cours de la schizophrénie, un taux sérique relativement haut. Ce taux diminuait — selon nos observations jusqu'ici fragmentaires — assez rapidement jusqu'à des valeurs basses avant la disparition de l'épisode de confusion mentale.

4) Pendant le traitement par le serpasil, ou par le largactil combiné avec le frenquel, nous avons observé une chute du taux sérique de la 5 H.T. jusqu'à sa disparition complète. Cette chute a été accompagnée d'une amélioration soit transitoire, soit stable de l'état psychique.

5) Pendant le traitement par le frenquel sans le largactil, le taux sérique de la 5 H.T. restait soit inaltéré, soit diminuait un peu pour une courte période. Ceci n'a pas été accompagné d'une amélioration de l'état psychique.

6) Dans un cas traité par électrochocs avec amélioration de l'état psychique, le taux sérique de la 5 H.T. a augmenté.

7) Dans les cas améliorés après le traitement, le taux sérique de la 5 H.T. était au-dessus de la valeur moyenne valable pour tout le groupe des cas de schizophrénie.

Les auteurs expriment leur profonde gratitude aux établissements suisses Hoffmann-La Roche pour la fourniture gratuite du sel complexe de la 5 H.T. et du sulfite de créatinine, et à la Société suisse Sandoz pour la fourniture gratuite du L.S.D. 25 pour nos recherches.

Les auteurs expriment leur profonde gratitude pour leurs conseils techniques à MM. Majcherczyk, Zabłocka et Szreniawski, de la Chaire de Pharmacologie de l'Académie de Médecine à Varsovie, et au docteur Wierzbicki, chef du service à l'hôpital « Kochanówka », qui leur a permis de faire les observations sur les malades de son service.

Ils doivent un remerciement spécial à la sœur Niewiadomska, de l'hôpital « Kochanówka », pour l'aide technique.

BIBLIOGRAPHIE

1. AMIN (A. H.), CRAWFORD (T. B. B.), GADDUM (J. H.). — *J. Physiol.*, 1954, 126, 596.
2. ANDERSON (E. W.), RAWNSLEY (K.). — *Msschr. Psychiat. Neurol.*, 1954, 128, 38.
3. BLEULER (M.). — *Dtsch. Med. Wchschr.*, 1956, 81, 1078.
4. CERLETTI (A.), ROTHLIN (E.). — *Nature*, 1955, 176, 785.
5. DELAY (J.), THUILLIER (J.). — *Sem. Hôp.*, 1956, 32, 62, 3187-3193.
6. DELAY (J.), THUILLIER (J.). — *C.R. Acad. d. Sciences*, 1956, 26, 3138-3140.
7. DELAY (J.), THUILLIER (J.). — *C.R. Soc. Biol.*, 1956, 242, 3138-3140.
8. ERSPAMER (V.), ASERO (B.). — *Nature*, 1952, 169, 800.
9. ERSPAMER (V.), FAUSTINI (R.). — *Naturwissenschaften*, 1953, 40, 317.
10. ERSPAMER (V.). — *J. Physiol.*, 1955, 127, 118.
11. ERSPAMER (V.). — *Experientia*, 1956, 12, 63.
12. FELDMAN (S.), IZAK (G.), NELKEN (D.). — *Acta Psychiatr. Neurol. Scand.*, 1957, 32, 37.
13. FOUKS, LAINE, LARGEAU, PAGOT. — *55^e congr. d. méd. alién. neurol. de France*, Lyon, 1957.
14. GADDUM (J. H.). — *J. Physiol.*, 1953, 121, 15 p.
15. GADDUM (J. H.), HAMEED (K. A.), HATHWAY (D. E.), STEPHENS (F. F.). — *Quart. J. Exp. Physiol.*, 1955, 40, 49.
16. GADDUM (J. H.), PAASONEN (M. K.). — *Brit. J. Pharmacol.*, 1955, 10, 474.
17. GADDUM (J. H.), VOGT (M.). — *Brit. J. Pharmacol.*, 1956, 11, 175.
18. GARVEN (J. D.). — *Brit. J. Pharmacol.*, 1956, 11, 66.
19. HOFFER (A.), OSMOND (H.), SMYTHIES (J.). — *J. Ment. Sci.*, 1954, 100, 29.
20. LAFON (M.-R.), BOYER, DUC (N.), MINVIELLE (J.), POUGET (R.). — *Ann. méd.-psych.*, 1956, 2, 3, 463-466.
21. LANGEMANN (H.), GOERRE (J.). — *Schweiz. Med. Wschr.*, 1957, 87, 607.
22. NAESS (K.), SCHANCHE (S.). — *Nature*, 1956, 177, 1130.
23. PAASONEN (M. K.), VOGT (M.). — *J. Physiol.*, 1956, 131, 617.
24. PAGE (I. H.). — *Physiol. Rev.*, 1954, 34, 563.
25. PARE (C. M. B.), SANDLER (M.), STACEY (R. S.). — *Lancet*, 1957, 272, 551.
26. PIERRE (R.), CAHN (J.), GEORGES (G.), DUBRASQUET (M.), HÉROLD (M.). — *55^e congr. méd. alién. neurol. de France*, Lyon, 1957.

27. RAPPORT (M. M.). — *J. Biol. Chem.*, 1949, 180, 961.
 28. RAPPORT (M. M.), GREEN (A. A.), PAGE (I. M.). — *J. Biol. Chem.*, 1948, 176, 1237-1243.
 29. RICHTER (D.). — *Schizophrenie. Somatische Gesichtspunkte*, Stuttgart, 1957, G. Thieme.
 30. RINKEL (M.), HYDE (R. W.), SOLOMON (H. C.), HOAGLAND (H.). — *Am. J. Psychiat.*, 1955, 111, 881.
 31. ROUBICEK (J.), SRNEC (J.). — *Cas. Lek. Cesk.*, 1955, 94, 189.
 32. SANO (J.), KAKIMOTO (I.), OKAMOTO (T.). — *Nervenarzt*, 1957, 28, 363.
 33. SHORE (P. A.), SILVER (S. L.), BRODIE (B. B.). — *Science*, 1955, 122, 284.
 34. STERN (P.), HUKOVIC (S.), MUACEVIC (G.). — *Naturwissenschaften*, 1956, 43, 162.
 35. STOLL (W. A.). — *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.*, 1947, 60, 279.
 36. TWAROG (B. M.), PAGE (I. H.). — *Am. J. Physiol.*, 1953, 175, 157.
 37. UDENFRIEND (S.), TITUS (E.), WEISSBACH (H.). — *J. Biol. Chem.*, 1955, 216, 499.
 38. UDENFRIEND (S.), WEISSBACH (H.), CLARK (C. T.). — *J. Biol. Chem.*, 1955, 215, 337.
 39. WOOLEY (D. W.), SHAW (E.). — *Brit. Med. J.*, 1954, 2, 122.
-

LES REPRESENTATIONS ANIMALES DANS LA SCHIZOPHRENIE

par

J. BOREL

« La schizophrénie est tout un monde. »

(K. JASPERS).

La psychologie morbide possède un riche bestiaire, qui n'est pas la moins curieuse des créations de l'esprit malade. On en connaît depuis longtemps l'importance, la variété, la diversité d'origine. Cette zoologie idéale, aux formes d'ordinaire normales, rarement fantastiques, se rencontre en effet, de façon plus ou moins fréquente, dans toutes les catégories d'affections mentales, confusions, mélancolies, épilepsie, délires chroniques, voire même dans les névroses. La schizophrénie en a sa part ; mais elle renferme encore des représentations animales d'un autre genre, bien à elle, qui vont faire l'objet de cette étude. Avant de les exposer, nous allons, afin qu'en ressortent mieux les particularités, faire des autres une rapide revue.

I

De tous les délires, *l'onirisme* est le plus abondamment fourni d'animaux, c'est lui qui présente les plus belles collections de ce muséum imaginaire, les classiques zoopsies. Leur domaine préféré, comme on sait, est le délire toxique, pratiquement éthylique.

Les animaux familiers y apparaissent souvent : chats, chiens, lapins. Les chevaux sont aujourd'hui plus rares ; ils appartenaient au « délire professionnel » des cochers, palefreniers, garçons d'écurie. La basse-cour : oies, dindes, poules, n'est qu'exceptionnellement évoquée ; c'est le domaine des femmes. Plus

souvent peut-être arrivent les petits animaux déplaisants : rats, souris, crapauds, serpents, qui circulent autour du malade, grimpent à ses jambes, etc... Les grands animaux sauvages surgissent aussi : loups, sangliers, renards, hyènes, ours, lions. Mais bien plus fréquemment, au contraire, ce sont les toutes petites bêtes qui viennent grouiller autour de lui : araignées, insectes, fourmis, d'ordinaire mêlés à des poussières qui tombent du plafond, des fils qui pendent, et dont l'ensemble compose les micropsies.

Toutes ces visions sont nettes, bien distinctes. Tout à fait exceptionnellement, elles peuvent avoir un aspect imprécis et flou, « des choses blanches, comme des sauterelles ». Généralement aussi, elles sont entières, complètes ; l'animal se montre dans toute sa forme. Il est rare que celle-ci ne soit que partielle, des têtes de chevaux qui défilent, des hures de pores, des queues de rats et de chats.

Ce n'est pas au hasard que les apparitions prennent ces différents aspects, l'anxiété les commande, comme on sait. Légère, elle laisse évoluer les chiens, les chats, voire les rats et les souris ; elle amène encore volontiers les micropsies. Plus marquée, elle suscite les animaux désagréables, crapauds, serpents ; ou bien, si l'animal familier est apparu tout d'abord, elle le rend agressif : les chiens mordent, les chats griffent ; ou encore, elle lui fait subir des mauvais traitements, le martyrisent : des gens crèvent les yeux aux poules, leur arrachent les plumes. Enfin, à ses degrés extrêmes, l'anxiété attire les fauves, loups, lions, plus ou moins féroce^{ment} disposés.

Quelle qu'en soit l'espèce, il s'agit toujours d'animaux naturels, dans la représentation de leur forme et de leur allure vraies. Pas de chimères, d'êtres bicornus, de morphologies étranges et fantastiques. L'éthylique est un individu syntone, terre-à-terre, dont l'imagination ne combine, sans les altérer, que les éléments les plus ordinaires de la réalité. Mais les caractères extrinsèques du délire, vif, actif, changeant, mobile, rapide, peuvent donner à l'onirisme un air de fantasmagorie : les murs se couvrent de rats et d'araignées, les lapins tombent du plafond, des oiseaux remplissent l'espace, des fourmilières sortent du sol.

Le délire alcoolique est un rêve. C'est le titre même du travail de Lasègue en 1881. Un rêve-cauchemar le plus souvent, bien entendu, à cause de l'anxiété. Il ne diffère pas essentiellement du rêve normal (le malade, lui, diffère du dormeur : il a les yeux ouverts, il agit, il est, malgré sa confusion, objectivement présent). Comme le rêve est lié au sommeil, le délire de rêve impli-

que une altération de la fonction hypnique. Il commence d'ailleurs toujours par de simples cauchemars. Nous savons donc *grosso modo*, par une comparaison valable, de quoi il retourne. Les visions animales n'ont rien qui surprennent. Elles font partie des images de la vie courante que le rêve évoque avec facilité.

Le *délire cocaïnique*, de rencontre exceptionnelle, se contente des seules micropsies. Le malade voit des poux, de minuscules vers qui marchent sur sa peau, parfois de petites araignées, ou des mouches, un essaim d'abeilles qui volent autour de lui. Ces visions sont liées, comme on sait, aux hallucinations du tact, produites électivement par ce toxique, qui imposent cet onirisme particulièrement défini et limité. Cette « visualisation » des sensations est encore un processus normal du rêve. Le rêve s'empare d'une impression qu'il n'identifie pas et la transforme, l'amplifie, en fait une sensation forte, une grande image perceptive ; un simple bruit, la chute d'un petit objet, devient dans le demi-sommeil une explosion, qui sera l'éclat du tonnerre ou celui d'une bombe, selon que stagne dans la demi-conscience le souvenir d'un orage récent ou d'un attentat. Le même phénomène se réalise dans la sensibilité interne de l'éthylique, chez qui se produisent, à partir des soubresauts musculaires des jambes liés à la discrète atteinte polynévritique, ces rêves fréquents de chute brusque dans un trou, un puits, un précipice.

Le *délire épileptique* ne fournit guère d'exemple de zoopsie, et pour cause ; amnésique, on ne peut savoir ce qui s'y passe. Mais il est sûr qu'elle peut survenir au cours de ces brefs et dramatiques onirismes, qu'on devine plus qu'on ne les constate dans la violence des réactions. D'ailleurs, l'aura, qui laisse son souvenir, s'exprime parfois sous forme d'une « bête féroce ». De toute façon, il s'agit toujours d'une *ecmnésie* à la manière du rêve (et les rapports sont bien connus de l'épilepsie avec le sommeil et le rêve), marquée seulement des caractères de soudaineté, de brièveté, d'anxiété sombre propres aux phénomènes comitiaux.

L'onirisme du *délire fébrile* ne donne généralement pas les visions nettes, précises, vivantes de l'onirisme toxique ; néanmoins, les représentations animales n'en sont pas tout à fait absentes. Elles apparaissent, à la tombée du jour, ou à la demi-obscurité d'une veilleuse, tandis que le malade, engourdi et somnolent, rêve dans son lit. Elles font partie des « illusions » qui se découpent sur les rideaux légèrement mouvants ou sur les dessins devenus imprécis de la tapisserie. Ici, l'imagerie abandonne le réel et ce sont des figures chimériques, des animaux

étranges qui se jouent, fugitifs et protéiformes, sur les murs ou le plafond. La confusion est discrète et diffuse, la conscience atténuée, assoupie, et le rêve se libère, mais peu distinct, grisâtre, aux yeux du malade passif et lointain. L'évocation semble porter volontiers sur des souvenirs d'enfance, en retrouve la fantaisie et le merveilleux, ramène les animaux parleurs et moqueurs des fables et des contes :

J'entends — bourdon de la fièvre —

Un chant de berceau me monter :

« J'entends le renard, le lièvre,

le lièvre, le loup chanter. »

Située en dehors de l'onirisme, toxique, infectieux ou comitial, l'*hallucinoze pédonculaire* garde avec lui un lien physiopathologique. Lhermitte l'a rattachée à un désordre de la fonction hypnique. On y voit passer, mêlés à des hommes, à travers des paysages, des chats, des souris, des rats, des serpents, des anguilles. Les mêmes visions se font jour dans la *narcolepsie*, au moment de l'endormissement ou au cours de la crise. Elles peuvent également surgir dans la *cataplexie*, où la conscience resserrée et angoissée, lueur encore incertaine d'elle-même, cherche péniblement à s'évader du sommeil pesant dans lequel le corps reste engourdi. La nouvelle de Kafka, *La métamorphose*, où l'homme se réveille dans sa chambre, changé en insecte géant, mais gardant son âme humaine, n'est-elle pas le récit, rêvé ou symbolique, d'un accès cataplectique du réveil ? Ce sont donc encore les images du rêve, d'ailleurs souvent reconnues comme telles par le sujet, que suscitent tous ces sommeils morbides.

Moins loin peut-être d'elles qu'il ne paraît, il y a enfin les zoopsies des *ophthalmopathes*. La cataracte, le tabès amaurotique, l'atrophie optique, la kératite, le glaucome, le décollement de la rétine les connaissent également. Encadrés dans un tableau complet et bien composé, les animaux apparaissent au milieu d'un paysage ou d'une scène d'activité sociale, serpents, vers, chauves-souris, chiens, taupes, chevaux qui défilent, moutons qui sautent dans la neige, volatiles, poules et coqs, petits serins jaunes. La lésion sensorielle ne suffit certainement pas à les provoquer, elle n'en est qu'une condition ; l'autre réside dans une disposition cérébrale, encore inconnue, sans doute favorisée par des états de demi-somnolence, et peut-être encore par l'absence de sensations visuelles normales. D'ailleurs, le sujet n'en est pas dupe et les rectifie à son gré, même quand il s'y complait.

L'animal n'est pas inconnu sur le domaine des *névroses*. A vrai dire, c'est surtout aux beaux temps de l'*hystérie* qu'on l'y rencontrait sous bien des formes, plus variées encore que dans l'onirisme. Charcot avait signalé la fréquence des hallucinations visuelles dans le délire hystérique, il va de soi que les zoopsies en faisaient partie. Il y eut ainsi des chats noirs, des rats gris, des araignées, des corbeaux, des vipères, un éléphant, un crocodile, vus sous leur aspect ordinaire. Mais la fantaisie, comme on pense, venait volontiers poser sur eux sa note extravagante, en les colorant à sa façon, un lion rouge, un rat à dos gris, ventre vert, arrière-train jaune, queue blanche et noire. On parle aussi d'animaux fabuleux, mais sans autre précision, ce qui laisse croire que ces visions étaient assez inconsistantes.

Ce délire était décrit comme une sorte de rêve, un état second, amnésique certes, mais qu'on saisissait fort bien puisque la malade se livrait à un bavardage à mi-voix discontinu, un peu à la manière d'une prophétesse somniloque, et coulant à vrai dire de la même source suspecte d'inspiration.

La fameuse attaque d'hystérie, avec ses quatre phases, était aisément suivie des mêmes phénomènes, qu'on appelait le délire de la fin de l'attaque. On y voyait de gros rats noirs, des vipères, des crapauds, des papillons, des mouches qui tournaient dans l'air. Visions par conséquent parfois agréables, mais plus souvent désagréables ; une fois même, c'est un chien qui mord et emporte un morceau de chair.

En fait, malgré ce qu'essayaient d'en faire accroire des attitudes trop expressives, ce n'étaient pas là de vraies hallucinations, avec leur caractère de présence, de réalité, d'extériorité, mais simplement de vives représentations mentales, un jeu imaginatif nourri par le rappel de souvenirs très concrets, souvent d'enfance et de jeunesse, où se retrouvaient précisément des « images » suggestives de jadis, saisies dans les livres illustrés, les dessins, les gravures, etc...

Ce sont aussi des représentations mentales, particulièrement vives à cause de la charge émotionnelle qui les environne, soit qu'elle les suscite, soit qu'elle les accompagne, qui se produisent dans les états d'*obsession*, ce que Janet appelle l'idée fixe. L'animal en fait parfois l'objet. Un malade, mordu par un chien, en a gardé une phobie et, dans ses heures d'anxiété, revoit le chien, en revivant la scène originelle. Une autre anxieuse, après une promenade au Jardin des Plantes, a « le délire de la lionne ». Dans des mentalités plus frustes, l'animal prend un de ses

aspects mythiques traditionnels ; une vieille fille en prière au pied d'une croix dans la campagne, une nuit d'été, voit surgir près d'elle le diable, sa forme d'homme dissimulée sous un manteau qui laissait dépasser ses pieds fourchus. C'est la simple reviviscence émotionnelle d'une image bien connue personnifiant une croyance jadis commune.

Une représentation animale plus complète et complexe peut se formuler, exceptionnellement, au cours de certains états obsédants particulièrement réalistes. Ce n'est pas seulement l'image de l'animal que le sujet évoque, il paraît présenter une sorte d'identification avec lui. Le cas se trouve dans les anciennes observations d'hystérie : une femme est changée en chien, aboie et marche à quatre pattes. Sans être appelée hystérique, et en dehors de la schizophrénie où nous la retrouvons, cette cynanthropie peut se rencontrer de nos jours. Dans la période obsédante, elle survient par accès, où la malade se met à quatre pattes, aboie, saute, bondit. Très probablement, il s'agit là du souvenir d'un de ces contes entendus dans l'enfance, dans le genre de ceux des *Mille et une Nuits*, où l'on peut lire, par exemple, l'histoire des deux méchants frères transformés en chiens pour dix ans et que leur frère aîné tient en laisse. Chez un être prédisposé, particulièrement impressionnable, ce conte, plein des plus affreux malheurs, peut laisser une trace vivace, traumatisante, comme on dit ; l'enfant s'est représenté pendant longtemps, dans la peur et comme s'il en était lui-même victime, cette mystérieuse transformation. La crise d'angoisse, où l'émotion se lie à l'imagination, personnificatrice par nature, se déroule dans cette identification momentanée ; ici encore se revoit et se revit la scène passée. C'est en somme la phobie de la métamorphose qui précipite le sujet dans la métamorphose. Mais elle n'est tout de même qu'un jeu, elle n'est pas vécue comme une expérience vraie ; la conscience est émue, mais non modifiée comme dans la psychose, elle reste consciente d'elle-même et juge de ce qu'elle fait. Il y a dès lors peut-être quelque plaisir à ce genre de manifestations ; au moins soulage-t-elle l'obsession, puisqu'il lui est donné de pouvoir se satisfaire sans trop d'inconvénients.

Y aurait-il identification dans le *tic d'aboiement* ? Selon le mot de Charcot, le tic est « une caricature d'acte ». Autrement dit, c'est le résidu systématique et stérile, illogiquement répété, d'un mouvement qui fut initialement utile, un geste défensif (cligner la paupière contre une poussière, etc...). Mais il y faut un état

mental particulier, où l'on a essayé de distinguer un goût du symbole, le tic prenant valeur significative, un besoin de contraste, une protection contre une influence nocive, une conjuration, dispositions qui ne sont pas sans se confondre plus ou moins. L'aboiement est-il symbole, contraste, conjuration ? Il indiquerait alors, assez paradoxalement, une résistance contre un certain envahissement d'identification animale ; au fond, il serait de nature phobique. Mais ce tic appartient de préférence à de grands dégénérés, à des idiots, ce qui limite la portée des hypothèses intellectualistes. Et sans doute il est plus simplement la fixation machinale, dans un psychisme fruste et stéréotypé, d'une imitation initiale du chien qui fut une satisfaction de jeu.

En somme, le tic mis à part, les névroses suscitent des évocations imaginatives restreintes, dont le contenu est directement en rapport avec les souvenirs émotivogènes du sujet. Elles appellent des représentations mentales extrêmement vives, mais non vivantes comme celles de l'onirisme. Le lien est ténu entre ces deux sortes de phénomènes et il ne serait pas exact ici de parler de rêve. Que ces représentations soient toujours visuelles, cela ne saurait surprendre : la sensation visuelle est la plus facile, la plus commode, la plus superficielle, la plus nombreuse en même temps de toutes les sensations. C'est elle qui revient le plus spontanément à la conscience, conscience lucide de la vie éveillée, conscience voilée de la rêverie, demi-conscience du demi-sommeil, conscience disloquée mais encore présente du sommeil léger qui commande les rêves ; c'est elle qui forme essentiellement les souvenirs. Il suffit de fermer les yeux pour que les images affluent et c'est pourquoi, dans leur sens premier, elles ont donné leur nom à l'imagination. Dans cette imagerie, l'animal, mêlé à la vie humaine, a sa place.

L'hallucination visuelle est néanmoins assez rare dans le *délire chronique*, dont la source nerveuse est plus profonde, la pensée ayant ses rapports élémentaires avec le langage et celui-ci avec l'audition. Mais elle n'est pas exceptionnelle ; la thèse de Sonn (1924), faite dans le service de P. Guiraud, la donne dans 8 % des cas. Ses caractères, qui la distinguent de l'onirisme, y sont précisés : elle est plate, sans relief, grise d'ordinaire, souvent floue, immobile ou mobile ; elle paraît au malade artificielle, comme une projection de cinéma sur le mur qui sert d'écran ; elle est même parfois transparente et laisse, à travers elle, voir le décor réel ; elle n'apparaît enfin qu'épisodiquement.

Les animaux y ont leur place : des vers de terre grouillent

dans la soupe ; un mille-pattes, gros comme le petit doigt, court sur une table ; un serpent s'enroule autour d'une tête d'homme ; un petit éléphant noir montre ses pieds et sa croupe, portant des gens assis sur lui ; de grandes araignées, les unes noires, les autres jaune d'or, se déplacent, l'une court, l'autre se suspend à son fil ; un cheval blanc porte une femme ; des « masques » de cheval, de mulet se profilent.

C'est sous une autre modalité que l'animal se manifeste ordinairement dans le délire chronique, présent, vivant, agissant, mais invisible. Nous ne nous arrêtons pas aux voix injurieuses qui se servent volontiers des petits noms d'animaux, veau, vache, porc, etc..., pour en gratifier le malade. Elles n'ont rien de spécifique et sont puisées dans le vocabulaire inférieur du langage émotionnel courant, à la portée de toutes les oreilles, quoique n'appartenant pas le plus souvent aux habitudes du sujet. Elles montrent seulement quelle dégradation a subie la notion d'animal en passant de la mentalité primitive, qui l'admire et la divinise, à la mentalité moderne, qui en fait un juron vulgaire.

Mais quelque chose de l'antique prestige de l'animalité s'est conservé chez l'aliéné, qui personnifie encore sous cette forme les puissances occultes dont il se sent la proie ou l'esclave. Le délire traduit ce processus d'altération de la personnalité qu'on appelle la dissociation psychique, liée aux hallucinations cénesthésiques et psycho-motrices, aux phénomènes d'influence et d'automatisme mental, à la fragmentation des concepts normaux auxquels viennent se substituer des concepts déréels. Ce n'est plus une « action extérieure » que le malade accuse, il la projette en lui, la fusionne à son organisme et la concrétise explicitement dans la présence d'un animal. Celui-ci est donc ici maléfique.

L'animal est en effet intimement associé au démon dans le *délire chronique à thème religieux*. La lypémanie des anciens auteurs était riche de ces faits. Une malade d'Esquirol considérait son corps comme un sac fait de la peau du diable, rempli de crapauds, de serpents et d'autres bêtes immondes qui étaient des diables. Celle de Seglas sentait en elle le « vermillon » ou démon à forme de cloporte, ce qu'on appelle un microbe. Une autre avait un ver, qui était la forme prise par un esprit. Une autre est habitée par les serpents, les démons qui s'incarnent aussi dans la tête et agissent à votre place. Une autre sent la reptation du serpent dans son corps. Tous ces cas relèvent donc de la possession corporelle par des animaux, la zoopathie interne de Régis. A travers le trouble conceptuel, elle est la formule

représentative de sensations étranges, ineffables, non identifiables, de l'ordre des cénestopathies, et par là mystérieuses et inquiétantes. Parfois, cependant, des impressions anormales mais réelles, nées de lésions abdominales, orientent ou renforcent la pensée morbide ; la malade de Dagonet portait un serpent dont elle sentait la morsure : à l'autopsie, on découvrit des ulcérations gastriques.

Associées aux phénomènes cénesthésiques, d'autres hallucinations, visuelles, auditives, peuvent compléter, enrichir la présence animale. L'une voit le diable, tout petit, avec un museau pointu et de petites ailes, puis elle le sent sur ses cuisses ou sa poitrine. A une autre, le diable se présente, aussi changeant que Protée, sous forme de chien, de chat, de crapaud, pénètre dans son corps et lui parle par leur bouche — en langage humain, bien entendu. Une malade de Calmeil entendait aboyer une chienne qui était entrée dans son ventre et y avait mis bas. Peu importe comment l'animal a pénétré, les malades ne s'en soucient guère ; il peut ou non emprunter les voies naturelles, il passe où il veut puisqu'il n'est qu'une incarnation du démon. Ainsi, chez le primitif, la maladie est un esprit qui s'introduit subrepticement dans le corps, par un procédé qui lui paraît naturel.

La possession peut aller jusqu'à son extrême limite, la transformation ; le malade n'est plus seulement l'hôte du démon, de l'animal, il est le démon lui-même, l'animal. L'identification se prétend complète ; le démon s'est mué en animal, il a envahi le corps et l'esprit du sujet : celui-ci est devenu l'animal tout en gardant sa forme humaine. La métamorphose est donc l'inverse de celle de la mythologie et de la légende. Là, l'être humain conservait son esprit sous l'enveloppe nouvelle que le dieu ou la fée lui imposait et c'est ce qui faisait le tragique de cette situation, expression et expiation d'une faute. Ici, l'être humain conserve sa forme et devient animal en esprit, sans prendre d'ailleurs l'esprit de l'animal. Ce n'est qu'une fausse métamorphose ; la conviction est purement verbale, l'illusion reste assez superficielle et ne provoque pas la moindre ébauche de comportement adapté. Ce simulacre de mythe a sans doute sa part de tragique, mais plus restreinte qu'on pourrait croire ; elle ne dépasse pas l'inquiétude irritée du persécuté banal et même se teinte parfois de jovialité.

Le malade peut ainsi se trouver transformé en chien, en bête sauvage, en loup. La lycanthropie est la forme la plus connue,

en quelque sorte classique, de cette zoanthropie. A vrai dire, elle appartient surtout à l'ancienne démonologie, où l'aliénation avait certainement affaire, mais qu'il est impossible de discerner aujourd'hui dans la perspective confuse des légendes, des croyances communes du Moyen Age aux puissances du diable, et des contagions mentales superstitieuses et naïves.

Beaucoup plus rares à présent, les délires de possession diabolique animale ne sont pas exceptionnels. Ils ne surviennent pas forcément chez des personnes à tendance mystique, mais aussi bien chez des sujets qui n'eurent jamais, jusqu'à leur maladie, de préoccupation religieuse. L'origine de ces idées est assez claire. Elles appartiennent à la connaissance commune, mise dès l'enfance à la portée de tous, dans le catéchisme, l'Histoire Sainte, etc..., objet de conversations et de commentaires. C'est toujours le serpent, ou parfois ses substituts de la sorcellerie médiévale, chats et crapauds, qui représentent le démon. Le mystique Swedenborg, idéaliste systématique et visionnaire, assez fou mais non schizophrène, les connaissait bien, ces démons qui s'amusaient à le tourmenter. Il voit en un instant le plancher couvert de serpents et de crapauds, tandis qu'un homme assis dans un coin, et qui n'est autre que le Seigneur, lui dit : Ne mange pas tant. C'est bien la voix de la conscience, défenseur de l'esprit contre la chair trop satisfaite, qui s'exprime dans ce symbolisme élémentaire. Une autre fois, les crapauds sortent de lui et rampent au sol ; ou bien une fumée émane de ses pores et des serpents grouillent autour de lui. Plus que des hallucinations, ce sont là de simples représentations mentales, vivement évoquées chez un grand affectif imaginatif.

Le démon n'est d'ailleurs pas l'agent exclusif de la possession. Dieu peut en être l'auteur, ramené bizarrement à un anthropomorphisme réduit ; l'un sent dans sa poitrine, au côté gauche, un dieu de trente centimètres, l'autre un tout petit dieu qui se déplace du thorax à la tête. Il y a enfin des possessions simplement laïques, si l'on peut dire ; pour l'un, un enfant, pour d'autres, une femme, généralement connue, une actrice, sont logés dans leur corps, y vivent, pensent et parlent. Ce qui compte, c'est donc le processus, encore si mal défini, de cette perversion des percepts qu'accompagne le sentiment de dépersonnalisation, générateur de l'idée de possession. Le thème est secondaire ; il est normal qu'il soit inspiré par une notion anciennement présente à l'esprit, puisqu'elle appartient à la tradition religieuse. On a dit volontiers que cette forme de délire était propre à des

personnes simples d'esprit et naïves ; cela n'est vrai que pour des raisons contingentes. Chez un être simple voué aux seules humbles tâches quotidiennes, dont la croyance religieuse fait toute la vie spirituelle, il va de soi que le délire prenne cette orientation mystique. Du point de vue le plus strictement rationnel, il y a beaucoup plus de « crédibilité » dans la présence en soi d'un esprit, même zoomorphe, que dans la présence d'un homme ou d'une femme.

La *possession hypocondriaque*, thème jumeau de la possession religieuse, utilise aussi l'animalité. L'organisme est habité par une bête qui ronge les os, ou obstrue l'intestin ; elle se loge dans la poitrine, la tête, tantôt fixe comme dans son gîte, tantôt mobile à travers les tissus. C'est un ver qui grignote, ou un serpent qui ondule ; plus rarement un chien, un singe niché dans le ventre. Les sensations indues et ineffables, nées de la psychose elle-même, plus ou moins hyperesthésiques, paresthésiques, cénestopathiques, orientent le délire vers l'atteinte somatique ; il intègre alors toutes les impressions viscérales, banales le plus souvent, parfois particulières (inflammation, cancer). Tandis que l'idée hypocondriaque simple s'arrête à la conviction d'une lésion interne, ici l'idéation, toute soumise à l'image concrète, groupe ces données sensibles et les personnifie dans l'animal, auquel elle donne vie en lui transférant le propre sentiment vital du sujet.

Nul besoin d'évoquer le mythe : le corps humain n'est-il pas l'habitat d'une faune nombreuse et variée, parfois redoutable ? Sans parler des microbes, comparses de la peau, des voies aériennes et de l'intestin, sans rappeler les vers du cadavre, la riche famille des helminthes jouit d'une grande notoriété : *tænia*, *ascaris*, oxyures, tout le monde les connaît dès l'enfance. A de plus initiés, la parasitologie offre encore bien d'autres genres et espèces, spirochètes et trypanosomes, douves, filaires, etc... L'idée de possession peut donc au premier abord sembler assez naturelle ; mais il est bien certain qu'elle n'a pas là son fondement, elle y trouve seulement une suggestion. On se tromperait à la tenir pour simple, positive, moins délirante en quelque sorte que l'idée animale démoniaque. La réalité parasitologique ne saurait faire illusion. Un ver qui ronge les vertèbres, un serpent qui pénètre dans le foie, un chien ou un singe qui se promènent dans le ventre, sont aussi illogiques, extravagants et déréels que le démon intérieur à forme de serpent. Le trouble conceptuel est absolument le même.

La pensée a perdu, au moins en partie, son intuition logique ; elle accepte les antinomies, ici la double impossibilité biologique impartie à l'être habitant et à l'être habité. En ce sens, elle se rapproche de la pensée infantile. Sa faculté de personnifier appartient plus encore à la psychologie infantile. Mais là s'arrête le rapprochement. L'enfant s'enrichit de ses créations, le malade s'y résorbe et s'y annihile. La pensée morbide, entrouverte au merveilleux, lui reste indifférente, sans curiosité, passive, rabâchée et stagnante. La personnification est aussi une disposition éminemment poétique. Aux temps primitifs, elle a créé les dieux ; aujourd'hui, elle ne peut plus créer que des métaphores.

*...parmi les chacals, les panthères, les lices,
les singes, les scorpions, les vautours, les serpents,
les monstres glapissants, hurlants, grognants, rampants,
dans la ménagerie infâme de nos vices...*

Comme à l'aurore de la poésie, l'image de l'animal est toujours chère aux allégories des poètes. Les analogies de Platon, héritées de la métempsychose pythagoricienne, sont toujours valables. Le mal a ses espèces, celles qui nous sont antipathiques ou nous paraissent laides. La vertu a les siennes :

*Soyons dignes,
Corbeaux, vautours, hiboux, de redevenir cygnes !*

Le poète retrouve même l'admiration primitive des hommes pour l'animal, ancêtre et dieu ; il demande au loup sa leçon et son exemple :

*Fais énergiquement ta longue et lourde tâche,
Puis après, comme moi, souffre et meurs sans parler.*

II

Ces représentations animales du délire chronique se retrouvent dans la schizophrénie, qui les adapte aux modes singuliers de son idéation. Dans le délire polymorphe, l'hypocondrie tient sa place, la plus constante, le malade regardant en lui-même plus volontiers qu'au dehors ; il y a là comme un reflet de son introversion. Assez indéterminée d'ordinaire, l'idée hypocondriaque se présente, à l'occasion, sous les aspects de la zoopathie interne : un ver qui ronge le crâne, une tête dans le corps, un

chien qui aboie dans le ventre, deux poissons, comme des sardines, logés dans les flancs.

Ce peut être aussi la possession démoniaque. Souvent, elle s'esquisse seulement et s'arrête en chemin. Un de nos malades dit un jour à la maison que le chat était maléfique. Il synthétisait ses impressions d'influence et les projetait sur l'animal du logis, dont il n'ignore pas qu'il fut au Moyen Age fort compromis avec les sorcières.

Cette communauté d'idées ne saurait surprendre. Il n'y a point de coupure entre les délires de la schizophrénie et ceux de la psychose chronique. Les mêmes thèmes, persécution, hypocondrie, possession, s'y rencontrent ; le syndrome d'automatisme mental leur appartient pareillement. C'est le fond dissociatif, diffus dans l'une, restreint dans l'autre, qui fait les différences, cliniques et évolutives. La labilité, la fluidité, la versatilité, la contradiction, le reniement des convictions du schizophrène s'opposent à leur fixité chez le délirant chronique.

Ceci dit sur ces phénomènes bien connus, classiques, d'observation courante, nous en arrivons à des représentations animales d'un tout autre ordre, dont la formulation psychologique est propre à la schizophrénie. Elles semblent avoir moins retenu l'attention, aussi allons-nous rapporter d'abord les faits que nous avons recueillis.

Lév... Marcel, 32 ans, schizophrène ancien à évolution rémittente, fut un enfant normal, affectueux et intelligent, élève d'une école technique. A 16 ans, à la mort de sa sœur, due à une encéphalite qui l'avait tenue alitée pendant seize mois, il fait une première crise à forme de stupeur. Depuis lors, huit internements, à l'occasion d'accès d'excitation confuse, avec fugues, refus d'aliments, insultes aux gens, opposition, bris d'objets, dévastation de jardins, etc. Dans les intervalles, il reste calme, vivant chez lui, autistique, se livrant à de petites occupations marquées de bizarreries.

Au cours d'une de ces périodes tranquilles, où l'on peut prendre avec lui un contact facile, mais aléatoire, nous lui demandons pourquoi il traitait ses parents de criminels quand ils mangeaient de la viande et surtout tuaient un lapin. « J'ai des idées qui sont tout à fait drôles. Je me figure que manger de la viande c'est manger de la chair humaine, des bêtises comme ça. C'est une imagination faussée. Il me semble qu'il n'est pas logique de se nourrir d'animaux qui sont assez doux pour mériter plus de confiance. Oui, je crois que c'est de la chair humaine, mais pas tout le temps, c'est une idée comme ça, ce n'est pas un raisonnement. Je n'ai peut-être pas tous les jours le même avis. » (La pensée est floue, la voix vague ; il rit souvent, se trouve

baroque, mais sans le moindre étonnement ; malgré sa bonne volonté il reste lointain et devient peu à peu plus indifférent. Nous résumons d'ailleurs plusieurs conversations).

« Ce n'est pas l'idée qu'on me faisait manger un cadavre humain, mais plutôt l'animal qui était un être humain. Alors je refuse de manger. Surtout avec les lapins ; il me semblait que ces animaux ressemblent à l'homme. C'est bizarre, il me semblait que les lapins sont de petits hommes. Non, ils ne parlaient pas. Puis j'avais des idées drôles, que la nature était morte, que le printemps était fini pour toujours et ne reviendrait plus. Est-ce possible que rien ne revienne ? Je croyais que plus rien ne reviendrait, le printemps, les fleurs. C'était en hiver. »

Cette pensée, où s'identifie l'homme et l'animal, transcende les leçons de l'expérience et les résultats les plus acquis des sciences naturelles. Le malade nous ramène, dirait-on, aux antiques époques où cette identification fut une croyance commune qui devait alimenter un des thèmes les plus féconds de la mythologie.

Pal... André, 21 ans. Après quelques mois d'asthénie, la schizophrénie se manifeste par une réaction surprenante chez ce garçon sage, bien élevé, très doux, affectueux, élève appliqué mais peu actif au collège jusqu'à 17 ans. Trouvant au pied d'un arbre un vieux revolver, rouillé et sans balles, il se rend à dix kilomètres, dans une ferme habitée par deux vieilles dames qu'il connaît, entre d'un air menaçant, réclame 2.000 F qu'on lui remet en tremblant. Il s'enfuit, erre dans la campagne où on l'arrête bientôt ; il donne pour raison qu'il voulait faire un voyage.

Interné plusieurs mois après, il est d'abord anxieux, très triste, dit qu'il a trahi son pays, qu'on va le tuer, devient vite opposant, agité, agressif ; puis dit qu'il n'a rien fait de mal, ne comprend pas qu'on veuille le tuer. Les états d'humeur, les propos, changent d'un jour à l'autre. Interprétativité diffuse, on le guette ; transformation du monde extérieur, il n'est pas à l'hôpital, mais à Jérusalem. Enfin, attitudes négativistes et catatoniques.

Un matin que nous lui parlions, il nous fixe d'un regard éploré et déclare spontanément, d'une voix lente et faible : « Je suis l'homme-poisson. » Puis il regarde longuement ses avant-bras et ajoute : « J'ai la lèpre. » (Sa peau présente une légère ichtyose, peu rugueuse, faite surtout de taches annulaires d'un brun noirâtre, au bras, au thorax). Pendant plusieurs jours, chaque matin, il nous répète : « Je suis l'homme-poisson. » Il répond avec une grande douceur, en faisant effort pour parler : « Je ne me sens pas malade ; je suis tout seul ; j'arrive, on disait que j'étais l'homme-poisson. Je l'ai dit, on le disait, je l'ignorais, tout le monde le dit. J'ai sur la peau comme des écailles de poisson. Un homme-poisson est un homme qui n'est pas comme

les autres, un dégénéré. » Et spontanément il murmure : « Enfermé ici, un poisson, un poisson. ».

A quelque temps de là nous lui en reparlons : « A mon arrivée, on disait : C'est l'homme-poisson. Les infirmiers en parlaient, on en discutait, j'étais énervé. Maintenant je ne vous le dirai plus, je sais bien que je ne suis pas un poisson. Je le croyais peut-être, il me semblait avoir la peau de poisson ; mon père dit que c'est l'ichtyose. »

La particularité de sa peau le préoccupe depuis longtemps, elle s'est traduite dans l'idée banale de lèpre, elle est l'origine évidente de l'idée de transformation en poisson. Mais un point de départ n'est pas une cause, c'est une contingence qui oriente l'idéation et fait se révéler la disposition conceptuelle. Si l'on veut penser au poisson mythique anthropomorphe, il faut aussi considérer que cette idée se double, dans l'esprit du malade, d'une idée de régression biologique, « un dégénéré », qui fait appel à la notion — mythique ? — de l'évolution des espèces.

De... Christian, 21 ans. Schizophrénie apparue récemment au cours du service militaire. Comportement de genre hypomaniaque, arrogance avec les supérieurs, récriminations, etc., qui lui vaut des punitions répétées. Il fait le portrait d'un de ses camarades, avec sa tête d'homme et un corps de chien.

Hospitalisé, il se montre agité, violent, impulsif. L'affection évolue dès lors en brèves alternances d'agitation agressive et d'indifférence calme, avec mutisme ou réponses sommaires, attitude lointaine. A certains moments il retrouve un meilleur contact et dessine toute la journée. Un jour, brusquement, il se met à marcher à quatre pattes. Le lendemain, nous lui en demandons la raison, il répond docilement : « L'homme est un animal pensant. » Questionné sur son dessin à tête d'homme et corps d'animal, il refuse net d'admettre qu'il soit de lui, se fâche : « Qui a pu prétendre cela ? On l'a glissé dans ses papiers, il est si facile de perdre quelqu'un ; est-ce un rapport, et de qui, le médecin, le colonel ? », etc.

Garçon moyennement doué, d'esprit assez vif, peu cultivé, malgré ses études à Condorcet jusqu'à 17 ans, il travaillait assez peu, assez artiste, instable, indépendant, et se faisant assez d'illusions sur ses capacités. Elève aux Arts décoratifs, il quitta l'école au bout de quelques mois, n'ayant plus rien à y apprendre. Il vivait avec sa mère, personne fort nerveuse, et a fait divers métiers jusqu'à son départ pour l'armée.

On pourrait être tenté de ne voir dans le dessin du chien à tête d'homme qu'une réminiscence. Exécuté par un ancien élève des Beaux-Arts, il serait la reproduction d'une des nombreuses figurations plastiques qui lui tombèrent sous les yeux, au Louvre ou ailleurs. Mais la marche à quatre pattes prouve qu'il s'agit d'autre chose et la réflexion sur l'animal pensant le confirme. Le dessin n'a été que le

moyen, pour ainsi dire professionnel, par lequel il a traduit sa conviction momentanée. C'est pourquoi, oubliée, il l'a ensuite reniée. Il nous offre ainsi une double modalité de représentation animale ; l'identification générale, exprimée dans le dessin où il transforme un camarade en animal, et l'identification particulière de lui-même à l'animal, traduite dans la marche à quatre pattes.

Fo... Janine, 20 ans. Jeune fille gaie, active, affectueuse, sociable, pieuse, vivant en famille sans histoire. Brusquement, anxiété, interprétations : son amie se moque d'elle, se plaint à la contrarie, la regarde d'un air moqueur. Raptus, elle s'enfuit dans la rue en criant : « Je suis sérieuse. » Ramenée à la maison, elle dit en montrant l'écurie : « Il y a le bœuf, maintenant il y aura le bouc. »

A partir de là, cris, exigences puériles, bris d'objets, dilacération de linge, insomnie, etc. Hospitalisée, elle s'agite, tient des propos incohérents, se met à pousser des cris qui sont des miaulements. Rapidement elle devient inattentive, maniérée, euphorique, discordante ; la pensée, floue et incertaine, tend à la stéréotypie. Elle est mal orientée, pleine de fausses reconnaissances (autour d'elle les gens de son village sont couchés dans les lits ou cachés dessous), et de rires explosifs.

Les craintes d'impureté : « Je suis sérieuse », plus exactement d'accusations d'impureté, ce qui revient au même, inspirent l'idée du bouc. Eveillée par association avec celle du bœuf dans l'étable, elle indique une ébauche d'identification avec l'animal impur de la Bible. L'idée ultérieure du chat n'est pas liée au même genre de suggestion ; la malade à ce moment est d'ailleurs ludique. Mais, même si le miaulement tient à un jeu imaginatif, il n'en témoigne pas moins de quelque arrière-pensée d'identification. Elle semble avoir été momentanée, fugitive, vite perdue dans l'incohésion générale des idées.

Sou... Jean, 25 ans, schizophrène depuis deux ans. Périodes d'agitation confuse avec vive opposition et impulsions ; idées de persécution, hallucinations, refus d'aliments, brefs épisodes catatoniques, etc. Un jour, brusquement, il se roule sur son lit, saute, se met à courir à quatre pattes. Trois jours après, il dit qu'il est un animal, va dans le couloir de l'infirmerie, marche à quatre pattes ; se redresse, remue la tête de droite à gauche, de haut en bas ; se remet à quatre pattes, les mains tournées en arrière ; se relève, marche à reculons, la tête tournée de côté ; enfin il se remet sur les genoux, et marmotte de façon inintelligible.

Ce garçon était autrefois sensible, assez capricieux, émotif, un peu rêveur. Il poursuit ses études jusqu'à l'école technique, mais n'aimait pas les travaux pratiques. La maladie débuta au service militaire par un épisode aigu d'excitation l'entraînant aux voies de fait. Revenu chez lui à la faveur d'une rémission partielle, il menait une vie peu active, entrecoupée d'incidents. Il dit une fois qu'il avait la syphilis

dans la tête, que sa cervelle pesait plus d'un côté que de l'autre ; il avait des discussions où il soutenait des points de vue idéalistes, nous dit-on. Il se plaignait de n'être pas comme les autres. La reprise d'une excitation très agressive amena l'internement.

Le malade n'allègue pas, comme Lev..., une affirmation de principe, une théorie générale ; il exprime sa propre identification avec l'animal. Il est, au moins pour quelques instants, un chien. Il le déclare, il est poussé à en faire la démonstration motrice. Dans cette pantomime, on pourrait encore voir un rapprochement avec les danses primitives qui évoquent les mouvements de l'animal. Les balancements de la tête doivent néanmoins se rattacher à ses propos antérieurs que sa cervelle pesait plus d'un côté que de l'autre ; mais on ne peut savoir si cette idée est intégrée dans la métamorphose ou si elle lui coexiste seulement.

Bel... Hachemi, 25 ans, soigné à deux reprises pour des troubles psychiques sur lesquels manquent les renseignements, présente un état dysthymique où domine l'anxiété, avec insomnie, amaigrissement, phobie de la folie ; rémission rapide. Dix-huit mois après, il nous adresse des appels au secours : « Croyez-moi, c'est la vérité. Voilà comment ça me prend, je ne peux pas sortir de ma maison, on dirait que c'est quelqu'un qui me lance du feu sur ma figure ; des fois, c'est comme quelqu'un qui me tire les cheveux et pendant la nuit comme quelqu'un qui monte sur la toiture, je l'entends en train de me casser les tuiles et le lendemain je ne trouve rien de cassé. C'est comme quelqu'un qui m'attache avec une corde au pied, quand je marche il me tire ; puis comme quelqu'un qui me jette quelque chose dans mon ventre, alors il se bagarre ; et de temps en temps comme quelqu'un qui m'attrape avec les tenailles et bien fort jusqu'à ce que je crie. C'est comme un appareil de politique, on dirait que quelqu'un le place dans mon cœur ; avant que je parle, *elle* parle avant moi ; si je ne parle pas, elle me traque. Elle règle ma montre une heure d'avance ou de retard ; alors c'est elle qui commande. Celle qui me fait ça, il n'y a pas moyen de l'attraper. Si vous pouviez me faire sauver de cette compagnie, je suis enragé. Je vous annonce encore ce qui m'arrive, je crois qu'il y a quelque chatte qui joue avec mon cœur. Elle me serre le cœur jusqu'à ce que je pleure ; ce n'est pas que je pleure sur la question que j'ai peur de quelque chose, je pleure sur la question de l'amour. Quand j'ai une fille dans mon idée, j'allais me fiancer avec elle. Je crois qu'il y en a une autre qui me suit, elle ne veut pas me lâcher mon cœur pour me marier, alors je deviens enragé. Je n'ai pas trouvé le moyen de dégager cette chatte, qui me montre beaucoup d'affaires. »

Réhospitalisé, il ne s'inquiète plus des misères qu'on lui faisait au dehors, la femme-chatte le préoccupe seule. Il ajoute un jour qu'il lui arrive aussi d'entendre un chien qui aboie dans son ventre, mais cette

idée reste accessoire. La rémission de ces phénomènes rapidement obtenue, mais sans qu'il en fasse la critique, il confirme, avec un étonnement un peu amusé, la réalité de cet être bizarrement ambivalent.

Bel... a personnifié les multiples impressions morbides qui l'envahissaient sous la forme consciente d'interprétations, d'intuitions et d'hallucinations, dans des personnages malfaisants et forcément invisibles. En vertu des lois de la sensation, il les a projetés dans la sphère spatiale qui leur convient : aux impressions d'apparence externe correspond l'homme à l'action extérieure ; aux impressions d'apparence interne correspondent le chien dans le ventre et la femme-chatte dans la poitrine. Il évoque celle-ci comme un même être à forme animale ou humaine interchangeable, qu'il distingue sans les séparer l'une de l'autre.

Il y a donc chez lui une zoopathie interne classique, discrète et de second plan, et une anthropo-zoopathie également interne, par conséquent encore un phénomène de possession. Mais en celle-ci se situe, caractère original, l'idée d'identification animale, dans un concept synchrétique pour lui-même indéfinissable.

Tap... Slimane, 36 ans, psychose paranoïde qui évolue on ne sait depuis quand. Délire expansif à thème de grandeur, persécution, érotomanie, mysticisme, avec exaltation euphorique, parfois véhémence : « Il y a deux femmes, l'une est une femme-dieu, ou forte comme Dieu, qui le suivent tout le temps ; elles se disent sœurs, il a été marié avec elles ; il les reconnaît sous d'autres traits, elles le suivent partout. Elles se transforment en moutons, oiseaux, vaches, chèvres, et il les voit disparaître en fumée. Les journaux et les films en parlent.

Lui-même a été Dieu. Il est chargé d'une mission, il sent en lui une puissance décuplée.

On dit que sa mère est morte il y a trois ans, mais il sait qu'elle vit encore sous forme d'oiseau, ou autre. Son frère aussi, qui est mort, est vivant. Il les voit et les entend.

Ces métamorphoses n'évoquent plus les mythes, mais les légendes, qui en sont les formes dégradées. On pense à Ovide, aux *Mille et une nuits*, peut-être avec d'autant plus de raison que le malade est un musulman qui a pu entendre dans son enfance les contes d'Orient. Aussi bien, cette imagerie oniroïde ne relève pas en elle-même de l'identification proprement dite ; elle appartient à ces phénomènes de métamorphopsie qu'on observe encore dans l'épilepsie. L'idée d'identification se retrouve toutefois dans la femme-dieu et dans la femme-oiseau, qui eurent leur existence mythique.

Dass Saïd, 22 ans, sujet paisible, travailleur, très sociable, présente une brusque transformation de sa conduite. En quelques jours, il

devient irritable, agressif, désordonné ; par moments il reste immobile et comme hébété sur son travail, la bouche ouverte, le regard fixe. Indifférent, taciturne, il se plaint parfois de malaises divers, montre son ventre, mais se désintéresse entièrement de l'examen. A l'hôpital où il est entré d'abord il a aboyé comme un chien. Interné, il montre d'abord une extrême variabilité d'humeur, mutisme, inertie et refus d'aliments ou cris, chants, agitation ; puis s'installe une longue période de catatonie.

Interrogé, dans une rare période de meilleur contact, sur l'épisode de l'aboiement, on n'en obtient rien, soit qu'il ne veuille rien dire, ou qu'il l'ait oublié, soit qu'il ne lui accorde aucun intérêt. Quelques mois plus tard, pendant lesquels son mutisme habituel est entrecoupé de mélopées, il fait entendre de nouveau les aboiements, sans vouloir s'en expliquer davantage.

A deux reprises au moins, le malade s'assimile à un chien et l'exprime sous une forme psychomotrice sommaire, mais significative, il en prend le langage.

Mar... Francisco, 32 ans, en France depuis deux mois seulement, fait un épisode d'exaltation, avec fugue, errance prolongée dans les rues, actes bizarres. Au Commissariat, il percute tous les objets avec un crayon, comme pour les estimer, tapote longuement sur la table comme s'il parlait en morse ; enfin, il se met à marcher à quatre pattes. Dans le service il se calme vite, mais au douzième jour s'agite brusquement, inattentif à l'entourage, en proie à une logorrhée vivement hallucinatoire, et poursuit un dialogue sans fin où reviennent inlassablement les mêmes termes et les mêmes intonations.

Comme il ne comprend pas un mot de français, on ne peut avoir de son état qu'une connaissance sommaire. Par des compatriotes, on apprend qu'il avait déjà la tête malade avant de partir et se montra anormal dès son arrivée à Paris. Après le retour au calme, questionné sur sa marche à quatre pattes, il assure n'en avoir aucun souvenir, pas plus d'ailleurs que des autres étrangetés de son comportement.

Facétie ou conviction, le malade s'est pour quelques instants identifié à un chien et l'a traduit sous la forme motrice qui répondait à sa disposition générale expansive.

Ces faits sont assez rares ; en dépouillant cent soixante-dix observations personnelles, nous ne les trouvons que neuf fois. Les auteurs, en France, ne semblent pas s'y être particulièrement arrêtés. Nous n'avons pas fait, il est vrai, de recherches systématiques ; mais, à parcourir les traités et précis courants, quelques monographies et thèses et une partie des relations publiées, on en relève fort peu. Un malade de Roques de Fursac lui dit avoir une tête de mouton et ajoute en riant que, s'il est un mou-

ton, on peut bien le saigner. Un malade de Courbon et Leconte remarque : « Les animaux se mettent à rire quand je les regarde, alors qu'auparavant seuls les hommes pouvaient rire. » D'autres allusions à l'animal sont des métamorphoses. Ainsi, les malades signalés par Deny et Roy qui s'imaginent accoucher de souris et de grenouilles. Ces divers propos ne sont d'ailleurs pas examinés dans leur singularité, mais seulement notés au passage dans le relevé des éléments délirants et discordants.

Steek, en revanche, rapporte des faits analogues et les considère dans la perspective d'une régression psychique aux stades archaïques. Un de ses malades pense qu'à leur mort les hommes deviennent des bêtes. Une autre se préoccupe beaucoup de l'esprit des bêtes et voit des personnes dans les corbeaux et les chats ; si on leur fait du mal, ils viennent se venger. Un paraprène tient ses ennemis pour des hommes-bêtes, croisés de singe et d'homme ; les hommes méchants, à leur mort, entrent dans les rats, les souris, les serpents, dont l'esprit s'échappe quand ils meurent. (On est tenté de croire qu'il a lu Platon et Frazer).

Cette rareté n'est peut-être qu'apparente. Le schizophrène est un être discret, secret ; il ne s'ouvre pas aux autres, n'en éprouve pas le besoin, garde pour lui ses idées, dont l'étrangeté n'est que pour nous. Il n'a nul souci d'en faire part et n'y pense même pas. Notre curiosité lui est étrangère, sinon importune, et se heurte, entre autres obstacles, à son absence totale d'étonnement. Même quand le contact est possible, il ne se livre pas spontanément et c'est toujours avec difficulté, d'une façon toujours incomplète, qu'on obtient ses réponses.

D'autre part, ces représentations ne sont pas toujours présentes à la conscience, mais au contraire épisodiques et de brève durée ; elles participent à la labilité chaotique fréquente, sinon habituelle, de l'idéation schizophrénique. Il faut enfin tenir compte de la dysmnésie singulière du schizophrène, où, la mémoire en elle-même étant indemne, des séries de représentations sont mises à l'écart, réfractaires à l'évocation, pour des raisons qu'on dit volontiers affectives, mais dont nous ne savons encore rien.

Un groupe d'idées, même des plus originales, a donc bien des chances d'échapper aux investigations. Plus sûrement quand elles restent intérieures, mais aussi quand elles s'extériorisent par quelque manifestation motrice, toujours courte et passagère ; le hasard seul la fait surprendre, et elle ne frappe pas

toujours l'entourage. Il est ainsi probable que ces faits de représentation animale sont plus nombreux qu'ils ne nous sont apparus.

On a déjà vu ce que signifie cette représentation : une identification entre l'animal et l'homme. Qu'elle se traduise dans le discours, dans un dessin ou qu'elle se trahisse dans la reproduction des gestes et du langage de l'animal, elle exprime une idée générale, une conception qui se formule dans l'intelligence du schizophrène. Quand elle s'extériorise dans une mimique imitative, elle semble, il est vrai, se réduire à un simple cas de métamorphose individuelle. L'observation où l'on rencontre la marche à quatre pattes, précédée du dessin composite du chien à tête d'homme, prouve qu'elle est dépendante de l'idée d'identification. Il faut donc rapprocher cette forme des autres, où l'idée est explicite : l'allusion suggestive « il y aura le bouc », la femme-chatte, l'homme dégénéré-poisson, enfin l'affirmation doctrinale « les lapins sont de petits hommes ».

Cette position de la pensée est strictement schizophrénique. La pensée normale, au moins celle de notre civilisation, refuse cette identification, qui lui est contradictoire ; elle exige l'accord avec elle-même, comme disent les logiciens. Elle se réclame du principe d'identité qui commande toute l'activité intellectuelle supérieure. La pensée schizophrénique accepte cette identification des choses différentes, voire opposées, qui implique une négation systématique du principe fondamental d'identité. C'est là l'élément caractéristique de sa déréalité.

Tout différents, malgré les apparences, sont les phénomènes de pseudo-identification que nous avons rencontrés dans les névroses, aboiement, saut à quatre pattes. Si la volonté du malade se laisse subjugué au point de se livrer à ces manifestations insolites, il n'a du moins pas le moindre doute sur sa personnalité. La phobie impose à la conscience, dans l'émotion qui l'envahit, une représentation dont la conscience n'est pas dupe. Certains anxieux sont hantés parfois par l'idée écœurante qu'ils mangent, au lieu de viande, de la chair humaine ; une arrière-pensée de mort, évoquant le cadavre, et liée à d'intimes souvenirs très affectifs, vient interférer dans la fonction somatique, comme il est de règle au cours des névroses, et introduit cette suggestion obsédante, mais il n'y a aucune assimilation du bœuf à l'homme.

La possession peut paraître toute proche de l'identification, elle s'en distingue nettement. Se dire possédé par un animal,

c'est admettre la différence des espèces, la classification naturelle des êtres. La personnalité est atteinte dans son unité, dissociée en partie ; elle entre dans le déréel, mais en conservant une notion de soi qui s'affirme et résiste. Le malade qui dit : Je suis un démon, force un peu sa pensée, qui est plus exactement : Je suis comme un démon. Il décrit de celui-ci les mouvements, les efforts, les effets, précisément parce qu'il l'oppose à lui-même, sans trop s'en rendre compte, et c'est ainsi seulement qu'il peut parler des souffrances qu'il endure. C'est ce que fait déjà le mélancolique qui en vient à dire : Je suis mort. On lui fait remarquer qu'il parle, qu'il respire, qu'il pense même ; il finit par avouer : Je suis comme mort.

Il y a de la métaphore dans toutes ces affirmations hypocondriaques, comme dans les théogonies délirantes où Georges Dumas se plaisait à la découvrir. Elle se formule dans la pensée morbide de la même manière que dans la pensée des poètes. Paul Valéry écrivant : « L'atroce insecte qui entretenait dans la chair de mon esprit une brûlure indivisible de mon existence... », résume le processus de la possession aliénée : personnification d'une hantise sous forme animale, sentiment qu'elle vit, impose sa marque douloureuse, qu'elle tient intimement au corps tout en n'ayant qu'une réalité d'idée. Le possédé n'a en somme que le tort de prendre sa métaphore au sérieux.

La transformation corporelle, partielle ou totale, s'écarte pareillement de l'identification. Se dire changé, de visage, de sexe, etc..., c'est toujours se référer aux catégories établies et en accepter les caractères différentiels. Ces phénomènes, si fréquents dans la schizophrénie, ne se séparent sans doute pas radicalement des nôtres ; si le sujet n'est plus physiquement tout ce qu'il était, s'il est devenu plus ou moins un autre, on peut bien apprécier dans ce nouvel état l'intuition d'une certaine identité. Mais ce sont des données purement sensibles qui sont en cause ici et font l'objet de l'interprétation. La métamorphose n'en est pas moins, en un sens, le contraire de l'identification, elle respecte les genres et les espèces ; ce qui est nouveau, singulier, c'est le passage d'un état à l'autre. Les formes, les valeurs qui y sont attachées, leur signification symbolique même (serpent, loup, etc...), gardent leur distinction et leur autonomie.

On peut admettre toutefois dans la mégalomanie vésanique une identification du malade avec sa création d'un personnage supra-humain, dieu de l'univers, empereur des mondes célestes, etc... Elle s'affirme à sa façon dans les attitudes, la tenue extra-

vagante, etc... Encore que les mythes astrologiques et les mythes animaux se soient confondus à quelque stade des religions antiques, cela nous éloigne des représentations animales. Peu importe d'ailleurs, nous retrouvons avec ces malades une pensée dissociée selon le mode schizophrénique.

On sait combien sont nombreux, dans l'état dissociatif, les troubles de la reconnaissance et de l'identification, ainsi qu'on les appelle classiquement : fausses reconnaissances, illusions des sosies, méconnaissances diverses, négation de la mort, résurrections, fausses filiations, changements de la personne, visage, sexe, etc..., modifications de l'entourage, choses et gens, transformations du monde extérieur, étrangeté universelle. Ici, la perturbation porte sur les données sensibles, perceptives, concrètes, sur les images, les souvenirs, les associations d'idées, en un mot sur les éléments empiriques de l'intelligence ; elle traduit un défaut d'intégration. On peut situer, si l'on veut, l'identification homme-animal dans le cadre général de cette symptomatologie, mais elle en est une forme toute particulière. Elle relève d'une opération intellectuelle ; même quand elle apparaît sous l'aspect de l'imitation motrice, elle exprime un nouveau rapport saisi dans la nature des choses, un concept, et donc en quelque manière, aussi fugitive et aléatoire qu'on voudra, une création de l'esprit.

Le terme *d'identification* n'est donc pas pris dans le même sens pour ces deux sortes de trouble. Il a deux acceptions, qui correspondent à celles que l'on donne en philosophie au mot d'identité : L'identité psychologique, qui est la permanence de l'être dans le temps, son unité qui le fait reconnaître dans la succession de ses manières d'être. L'identité logique, principe rationnel qui refuse la contradiction interne de la pensée, et sans lequel l'intelligence se renie. C'est sur la première que portent les fausses reconnaissances. La seconde est celle qui nous intéresse ici.

Toute pensée qui délire n'a pas perdu cette identité logique. L'halluciné, par exemple, peut refuser les suggestions hallucinatoires, les délimite par rapport à lui. L'identité psychologique est bien plus souvent mise en cause, dans la manie, la démence sénile, le délire chronique, etc..., mais elle est encore souvent respectée. Dans l'onirisme, le malade distingue parfaitement sa personne et sa zoopsie ; son attitude envers celle-ci est normalement adaptée, il la chasse, l'écarte de lui, l'apprécie comme il ferait en temps normal. La schizophrénie par contre inhibe à

la fois les moyens de l'identité psychologique et de l'identité logique, la première dans les fonctions machinales d'acquisition, mémoire, association, imagination ; la seconde, dans les fonctions supérieures d'élaboration intellectuelle.

Il reste à déterminer l'origine, la motivation particulière, de ces représentations. Trois hypothèses se présentent : la réminiscence ; une résurgence mythique de l'inconscient collectif selon Yung ; l'installation par la maladie d'une mentalité en quelque façon pseudo-primitive.

La réminiscence, au sens habituel de la psychologie d'école, est un souvenir qui n'est pas localisé, c'est-à-dire non reconnu comme tel. Elle est d'un procédé courant dans les états psychiques et névrosiques, manie, émérisie comitiale, fabulations presbyophréniques, délires divers, mentisme, représentations mentales vives, etc...

Les évocations oniriques, les zoopsies, images objectivées de la même manière que les sensations et les souvenirs, les phénomènes zoopathiques, suggestions figurées et projetées dans l'espace intérieur corporel, les métamorphoses, etc..., relèvent de la réminiscence. Le souvenir initial a été pris aux sources ordinaires, spectacles de la nature, figurations peintes et sculptées, iconographies en tous genres, où la mémoire puise dès l'enfance.

Les représentations qui nous occupent ne sont pas de cet ordre. Ce sont des aperçus de l'esprit, des aperceptions ; l'animal n'y est que l'objet de la pensée, le terme d'un rapport d'équivalence avec le terme humain. Elles se séparent ainsi du groupe des réminiscences morbides.

Peut-on penser qu'elles font partie des survivances de l'inconscient collectif qui seraient ramenées au jour par la psychose ? Elles offrent en effet certains aspects mythiques, si l'on considère l'identification homme-animal comme l'équivalent de l'identification dieu-animal.

La conception de Yung n'est pas sans rappeler la théorie d'Herbert Spencer sur l'innéité des formes de l'entendement ; les habitudes de pensée, les relations internes de l'esprit, sont un héritage direct de l'expérience de toute l'humanité, qui échoit à l'individu. Cette expérience remonte aux époques géologiques ; la croissance de l'esprit a marché avec celle du monde ; la suite des êtres compose comme un seul être. La connaissance se transmet comme la vie, avec la vie elle-même.

La théorie platonicienne de la réminiscence en appelle aussi

au souvenir des expériences ancestrales. Si la réflexion nous permet de retrouver en nous-mêmes les idées ou principes des choses, c'est qu'elles s'y trouvent déjà, reliquat d'une vie antérieure. L'âme a contemplé les Idées, qui sont des Idéaux, et en a gardé un ineffaçable souvenir qui éclaire l'expérience du monde sensible.

Cependant, il est difficile d'accepter ces notions. L'hérédité transmet les moyens d'acquérir la connaissance, mais non la connaissance elle-même ; elle est d'essence biologique et non psychologique. La biologie appartient à l'espèce et en porte les éléments permanents ; la psychologie est à l'individu, son acquis. Cette part de l'expérience et de la connaissance, il ne peut la prendre que dans le milieu social, qui est celui des idées, de leur formation, leur conservation, leur échange. Ce qui s'hérédite, ce sont les dispositions générales, dynamisme, tendances, qualités sensitives, émotives, caractérielles, intellectuelles, aptitudes (mnémoniques, mathématiques, artistiques, etc...), toutes virtualités qui se développent au gré des circonstances d'existence. La fusion est évidemment complète ; dès la naissance, dans le développement de l'intelligence, le progrès biologique et le progrès psychologique se font ensemble ; la sensation s'enrichit à mesure que s'étendent les circuits neuroniques qu'elle parcourt. Les idées ne doivent rien à l'atavisme, du moins dans leur contenu. Le langage, qui sera le véhicule de la pensée, n'est pas inné ; il doit s'acquérir, non sans peine. Il a bien sa condition préalable dans un système physiologique particulier ; mais celui-ci n'est que le cadre mnésique où viendront se fixer les notions apprises, celles d'une langue qui n'est due qu'au hasard du pays où l'on est né.

Le mythe est du pur domaine des idées. C'est l'histoire, ou un fragment de l'histoire d'une divinité, une sorte de récit biographique qui raconte l'origine, explique la forme, décrit l'avatar d'un dieu, d'une déesse ; il en est de plus sommaires et obscurs, où s'incarne une présence divine mal définie. C'est une conception imaginative, une création de l'esprit ; selon toute probabilité, on peut la considérer comme la première en date des formes littéraires. Les mythes cosmiques et astrologiques, si nombreux, sont d'évidentes personnifications poétiques de la nature, du ciel, du soleil, de la terre, et des phénomènes naturels, les nuages, la pluie, le tonnerre, etc... D'autres se sont brodés autour de rites primitifs, d'origine magique le plus souvent, dont le sens était depuis longtemps perdu. Qu'un sentiment mystique les ait inspi-

rés le plus souvent, aux temps surtout les plus anciens, on n'en saurait douter ; et il est sûr qu'il a fallu, pour qu'ils vivent dans l'esprit collectif, une mentalité mystique. Ils n'en sont pas moins une connaissance, aux premiers temps peu distincte, peu à peu mieux précisée, progressivement plus dogmatique. D'origine et de nature idéiques, s'ils formèrent les croyances collectives, ils n'en subirent pas moins la loi évolutive des idées.

Les idées évoluent sans cesse. L'histoire de toutes les branches de la connaissance, philosophie, esthétique, sciences physiques et naturelles, sociologie, politique, etc..., en est une démonstration d'évidence. C'est parce que les idées évoluent que les mœurs, les façons de sentir, évoluent à leur tour. On a étudié l'évolution à travers les siècles des grands sentiments, sociaux, religieux, esthétiques, moraux. Tout sentiment est une connaissance imprégnée d'émotion. L'émotion reste pour sa part constante, ou du moins également disponible ; c'est l'élément permanent fourni par les dispositions sensibles fondamentales que l'atavisme transmet. Ainsi persistent, sous leurs formes diverses et fluctuantes toujours actives, les aspirations, plus ou moins diffuses ou formulées, des peuples et des individus. La connaissance, l'idée qui est au centre du sentiment, change ; elle s'use, se modifie, se précise, se complète, se renouvelle, etc..., dans un incessant travail collectif aux mille interférences. C'est elle en fin de compte qui supporte cette évolution générale des sentiments sociaux et des croyances, dont l'individu inclut en lui la représentation.

L'archétype, dans cette perspective mouvante de l'évolutionisme idéique, n'a pas de réalité, d'existence concrète, c'est une abstraction conçue *a posteriori* ; il est d'essence métaphysique. Le mythe, qui nous apparaît dans le lointain comme une formation idéologique stable, solide, finie, n'a jamais été qu'un moment — dont la durée est incalculable — dans le perpétuel devenir de la croyance mythologique. Ce n'est qu'arbitrairement que nous en fixons un aspect, vaguement localisé dans le temps. Dans l'espace, il subissait d'ailleurs d'aussi importantes modifications, sous les effets complexes des invasions, déplacements de population, occupations militaires, contacts des navigateurs, etc... Ce processus ininterrompu de transformation a duré l'on ne sait combien de millénaires, perdus dans la préhistoire ; l'historien des religions le saisit parfaitement dans les quelques siècles où durèrent les religions antiques, dont les documents écrits, les traditions recueillies et l'archéologie portent témoignage. Ce

qu'on sait, ce qu'on devine de cette préhistoire spirituelle de l'humanité, si l'on n'en peut déduire les véritables étapes, qui resteront toujours inconnues, de l'évolution mythique, d'ailleurs insaisissable dans la complexité de son polymorphisme, donne au moins l'idée de sa démarche inlassable.

Aux premiers temps, qui durèrent combien de dizaines de milliers d'années, l'homme se sent très proche de l'animal, dont il partage l'existence, à peu de chose près. Il le considère comme son égal, pour le moins, doué des mêmes moyens, des mêmes capacités, en un mot du même esprit que lui. L'esprit de l'ancêtre, qui va occuper une si grande place dans le sentiment religieux, perdurable de façon active jusque dans l'époque historique, sera l'esprit de l'animal aussi bien que celui de l'homme. Le mot lui-même l'indique : *anima*, c'est *anemos*, le souffle, ce qui respire, la vie ; c'est ce qui est léger, immatériel, l'esprit. *Spiritus* est d'ailleurs aussi ce qui respire, l'esprit. *Anima* sera aussi plus tard l'ombre, les mânes. Mais, auparavant, c'est l'être, le nom même de l'animal, homme compris. Un commerce magique, imposé par les nécessités vitales, s'établit entre eux. On le trouve peut-être déjà dans le culte des crânes, qui est le plus archaïque ; il s'exprime bien plus tard dans les gravures, les peintures pariétales. S'agit-il de préparer la mort de l'animal, dont l'image est transpercée d'une flèche, ou d'apaiser son esprit quand on l'a tué ? Probablement les deux à la fois, confondus dans un concept synchrétique.

Née vraisemblablement de cette constatation d'évidence que l'enfant est le portrait de ses parents, grand-père, aïeul, l'idée de la réincarnation s'est imposée comme une croyance primitive universelle. L'âme des ancêtres revenait ; elle survivait donc. A leur mort, elle était allée vivre dans une autre forme, le plus souvent animale (mais aussi dans un végétal, une roche, puisque toute la nature était vivante en ces temps animistes). Cette transmigration, où se retrouve l'équivalence entre l'homme et l'animal, est sans doute l'origine du totem. Le totem est étroit, chaque tribu a le sien, exclusif ; l'espèce animale est simplement la réserve des âmes de la tribu. C'est en ce sens que l'individu se dit animal. En même temps, puisqu'il y a renaissance, l'idée de fécondité s'y rattache naturellement, et par suite l'idée de sexualité, de sorte que le totem se charge d'un vague symbolisme où se confondent toutes ces notions. Ce concept totémique, fort pauvre, appartient à des populations incapables d'évoluer. Lévy-Bruhl a dit combien les mythes des « primitifs » sont fragmen-

taires, incoordonnés, contradictoires ; propriété secrète d'un groupe, ils varient de l'un à l'autre.

La réincarnation devait connaître une autre fortune dans l'Antiquité grecque. Elle devient la doctrine philosophique de la métempsychose avec Pythagore et inspire des règles de conduite. Après lui, elle prend une signification de plus en plus morale, en rapport avec les progrès des connaissances ; pour Platon, la transmigration est un châtement, une dégradation de l'âme due aux vices de l'homme : le débauché deviendra un âne, le voleur un loup, etc... L'homme, à cette époque, a pris ses distances avec l'animal et s'affirme comme un être à part, encore rattaché néanmoins à l'animalité par les imperfections de son âme.

Mais, dans les temps antérieurs où l'esprit de l'animal vaut celui de l'homme, cet esprit, en tant que tel, a quelque chose de divin. Divinité sommaire, à peine au-dessus de l'humain, douée d'une vie particulière et surtout d'une obscure puissance ; les esprits méchants, les démons, en sortiront. En sort d'abord, probablement, — car tout ici est conjectural —, la notion du dieu-animal. C'est en Egypte que le culte des animaux a eu, sinon son origine, au moins son plus grand développement, formulé dans ses représentations plastiques. Celles-ci ont été secondairement, selon un processus constant, le point de départ de bien des mythes explicatifs.

L'évolution du sentiment religieux en vient au grand stade de l'anthropomorphisme. Le dieu-animal s'humanise, il devient le dieu porté par l'animal, puis le dieu accompagné par l'animal, qui n'en est plus qu'un symbole. Mais un culte, même quand sa signification première est oubliée, ne disparaît qu'avec une extrême lenteur et jamais complètement. Le culte animal laissa des survivances, assimilées par d'autres cultes, plus nouveaux. Les rites agraires, nés de la magie primitive de fécondation, contemporaine du sédentarisme agricole, avaient fait naître les divinités végétales. Des inférences s'établirent d'une croyance à l'autre. Toutes les archaïques divinités de la végétation devinrent animales. Dionysos, dieu de l'arbre avant d'être dieu de la vigne, et dont primitivement le corps émergeait d'un tronc d'arbre, sera aussi dieu-taureau, dieu-bouc, et, quand il sera humanisé, il en gardera les cornes. La vie et la mort des plantes, stérilité de l'hiver, renouveau du printemps, semailles et moissons, etc..., divinisés et mythifiés, fournirent les mythes orientaux de la mise à mort et de la résurrection du dieu-animal, puis de sa

forme anthropomorphique, dont le culte fut si riche en Asie Mineure.

A l'orée des temps historiques, l'imagination poétique va créer une infinité de mythes. Allégories personnifiées du ciel, de la lumière, de la nuit, du soleil, des nuages, de la pluie, des astres, dont les variations, les mouvements donnaient les biographies, naissances, mariages, filiations, luttes, chutes, mort, etc... L'Inde s'en tenait à cette fantasmagorie céleste, où les formes animales épousaient celles des nuages. La Grèce, au génie plus complet, divinisait aussi les phénomènes naturels, les accidents géographiques, rivières, sources, fontaines, débordements, marais, confluents, montagnes, vallées, etc... ; les dragons, les monstres, les chimères se mêlent aux serpents et autres animaux. A leur tour, les valeurs morales furent personnifiées ; les qualités abstraites même, grâce à l'image poétique, furent divinisées : une retraite cachée devient Calypso.

Par un travail parallèle d'usure des formes anciennes et d'élaboration des formes nouvelles, les mythes se transforment toujours. L'épanouissement du langage, à partir de racines communes, y concourt étrangement ; les confusions de mots, les nouveaux sens de vieux termes, les étymologies ont fourni des généalogies mythiques, embrouillées, incohérentes, contradictoires. Les épithètes d'une divinité sont devenues autant de divinités parentes. Certains dieux, portés par d'invisibles courants mystiques, ont affirmé leur puissance et leur omniprésence ; les panthéons officiels se sont organisés.

L'historien des religions nous apprend qu'il est impossible de saisir les origines d'une religion de l'Antiquité et illusoire de prétendre en tracer le tableau exact à une date déterminée. Ni primitive, ni initiale, elle montre au moins, dans les quelques siècles qu'elle occupe, à quel point elle se transforme, en particulier selon les conditions régionales. A s'en tenir à ses premiers développements, la religion de Rome a encore quelques aspects animaux, la louve, le pivers, sans qu'on puisse dire qu'il s'agit de restes de totémisme ou de dieux animaux. Des données très archaïques s'y devinent encore, comme le culte des pierres, des arbres, des eaux, dans des rites persistants ; la zoolâtrie s'y retrouve. Les innovations religieuses balancent les vieillissements mythiques : Egérie, déesse d'Aricie, descendue des Monts Albains, devient la conseillère du roi Numa. Les vieux mythes indo-européens ont déjà subi une dégradation extrême et seront l'objet d'une « remythisation » tardive tout artificielle. Ayant perdu

leur valeur sacrée, ils se transforment en récits historiques ; les grands mythes cosmiques n'existent plus que sous la forme dégradée de la légende.

Ainsi, les mythes sont une création de la psychologie collective ; à cette période active de leur existence, ils ne vivent que par leur qualité de croyance commune. Ils forment l'élément essentiel de l'atmosphère sociale où baigne l'individu. Mais ils sont soumis à l'incessant travail de transformation qui porte sur toutes les idées, œuvre complexe où l'on ne peut saisir que l'éternelle lutte de la tradition et du modernisme. Tout se passe dans l'échange de l'individu avec son milieu, sur lequel se font sentir les interactions des groupes entre eux, les influences de peuple à peuple. Dans ces conditions, les survivances mythiques ne peuvent être qu'historiques, conservées dans la mémoire des peuples et interprétées à chaque époque au gré des modes intellectuelles.

Qu'en serait-il d'ailleurs, si l'on en admettait la possibilité, d'un transfert atavique des résidus mythiques de l'inconscient collectif ? Quelle époque mythique aurait le don de survivre, quel mythe aurait rang d'archétype, dans la série ininterrompue, et dont nous n'avons qu'une reconstitution simplifiée : culte des crânes du paléolithique inférieur ; rites magiques évoqués dans les peintures des grottes (qui devraient faire surgir chez nos sujets la représentation de mammouths, de bisons, de cerfs, de rennes et de bouquetins) ; rites agraires de la préhistoire, totémisme, dieux animaux d'Égypte, cultes orientaux ; Olympe homérique, panthéon gréco-latin ; religion romaine, croyances du Moyen Âge, etc... Et que de manquants encore, mythes de la période mégalithique, religion druidique, etc...

Si l'inconscient possédait cet extraordinaire fond mythologique, cette histoire universelle de mille siècles d'humanité, on ne voit encore pas la raison qui donnerait à la schizophrénie le privilège d'en reproduire les survivances. On les verrait dans les hypermnésies, dans les ecmnésies surtout qui mettent à jour les souvenirs les plus lointains. La démence sénile, qui abolit l'une après l'autre les strates mnémoniques du temps vécu, et favorise les fabulations, n'en laisse rien apparaître. Ne survivent jamais, dans tous ces processus, aussi haut qu'ils aillent puiser, que des restes d'acquisitions de la mémoire.

Seule est transmise héréditairement, comme faisant partie de la nature éminemment sensible de l'homme, la disposition émotive profonde qui s'épanouit, sous des formes diverses, dans

l'affectivité, et se satisfait, ou au moins se cherche, dans les voies du mysticisme, de l'idéal et des aspirations spirituelles.

Il ne reste qu'une solution : la maladie crée une mentalité où se réalisent certaines conditions d'une mentalité primitive ou archaïque.

Il y a déjà longtemps que le rapprochement a été fait entre ces deux formes d'esprit, qu'on a même voulu identifier. L'idée en a été nettement formulée par les auteurs italiens du siècle dernier : Lombroso considère le criminel comme un spécimen archaïque d'humanité ; Riva et Tanzi font du paranoïaque un affectif primitif. La notion s'est étendue ensuite au délirant chronique, au schizophrène. Elle dérivait, cela va sans dire, de la grande doctrine de l'Evolution.

On se trouve donc de nouveau en face d'une survivance. Mais ce ne sont plus des valeurs psychologiques, incluses dans l'inconscient, qui seraient transmises par l'atavisme ; ce sont les structures psychiques normales de l'ancestralité que la psychose, dans un processus d'involution, ferait réapparaître. Conception encore fort étonnante. L'Evolution apparaît sans doute comme la grande loi biologique, dans une vue qui transcende des millions de siècles ; la loi de l'Espèce ne nous oblige pas moins à constater que la nature se répète sous les mêmes formes et tend à retrouver le type spécifique dès qu'elle en a accidentellement dévié. Rien ne permet de penser que les structures cérébrales de l'homme moderne diffèrent de celles de l'*homo sapiens*, qui vivait déjà il y a 50.000 ans. Tandis qu'on doit admettre que les structures de l'*homo sapiens* différaient de celles de l'homme de Néandertal, non point parce que celui-ci vivait il y a 100.000 ans, mais parce que ses caractères anthropologiques sont nettement distincts ; le crâne est bas, le front fuyant, les arcades sourcilières énormes, les orbites rondes, le menton absent, etc... Et pourtant cet homme fut un être bien adapté à son milieu et en possession de techniques fort poussées. Le Prénéandertalien lui-même fabriquait ses outils, ce qui dénote une vie sociale, au plein sens, une intelligence active et rationnelle. En aucune façon, l'esprit malade ne peut être assimilé à un esprit normal primitif, quelque reculées que soient son époque et sa civilisation.

Steek, qui tient pour assez valable cette régression de la mentalité schizophrène à un stade primitif, reconnaît lui-même entre les deux une différence fondamentale : le primitif vit dans un

monde collectif, le schizophrène dans un monde autistique. Il ne distingue d'ailleurs pas suffisamment la disposition mystique, expression de la nature sensible de l'homme et comme telle permanente dans l'espèce, des conceptions magiques qui, débarrassées du sens tout moderne de mystère et d'enchantement dont on les charge, représentent bel et bien les premières activités rationnelles. Comme il le rappelle lui-même, la psychologie évolutionniste a toujours été contestée, W. von Brayer entre autres refuse de passer de l'analogie phénoménologique à l'analogie génétique.

L'analogie phénoménologique est d'ailleurs elle-même à considérer avec réserve. La mentalité primitive a été établie de façon bien approximative, à partir des peuplades les plus arriérées et stagnantes, les moins capables d'évolution psychologique ; on ne peut en déduire la mentalité des hommes de la préhistoire. Quoi qu'il en soit, l'opposition entre la vie collective du primitif et la vie autistique du schizophrène est essentielle et suffit à interdire leur assimilation. Elle renferme les autres caractères différentiels élémentaires : pour le primitif, attention extrême aux lois et intérêts sociaux, grande activité mnémonique et perceptive, action ouverte sur le monde extérieur, émotivité toujours en éveil, besoin mystique qui fait l'adhésion au mythe et sa vitalité. Pour le schizophrène, indifférence aux conditions d'existence, aux règles et aux nécessités sociales dont la notion même est exclue, désintérêt pour soi et les autres, perte des sentiments généraux qui meuvent l'individu dans la vie de groupe, inertie, détachement des valeurs morales. Il n'y a pas de commune mesure entre ces deux mentalités : la première est la forme authentique de l'esprit humain, en possession de tous ses moyens, mais à l'aurore de son développement intellectuel ; la seconde est une négation de cette vie collective qui est la condition primordiale d'existence et où l'esprit humain puise les éléments dont il se nourrit. Il ne lui reste que de jouer encore avec les données bouleversées de son expérience.

Une ressemblance partielle peut néanmoins s'établir entre les deux mentalités, au niveau de la pensée conceptuelle. La sphère cognitive du primitif archaïque est encore en friche ; elle ne dispose, comme on sait, que de notions syncrétiques, dont il nous est impossible de nous faire aujourd'hui une idée exacte. Inexperte à l'analyse qu'elle n'a jamais pratiquée, cette pensée ne pénètre un peu profondément ni les réalités du monde extérieur, ni sa propre réalité, et laisse une certaine indistinction entre le

moi et le non-moi. Le seul procédé intellectuel dont elle dispose, c'est l'analogie. De l'analogie sort la magie, qui n'en est que la mise en œuvre systématique. Il va de soi que cette pensée ignore naturellement les formes et exigences de la pensée moderne, — présentes implicitement à l'esprit le moins logicien —, le principe d'identité, le refus de contradiction, l'accord interne de la pensée avec elle-même. En ce sens, on peut l'appeler prélogique ; cela ne la caractérise que par rapport à notre pensée analytique. Les comportements primitifs sont en effet fort logiques, et les tabous ne sont pas autre chose que des applications logiques rigoureuses déduites des convictions magiques. Le mouvement, le bruit font fuir le gibier ; la femme doit se tenir immobile et muette dans sa case pendant que l'homme est à la chasse. La pensée primitive est intégralement, exclusivement analogique.

Le processus schizophrénique entraîne, entre autres perturbations, une altération spécifique des concepts ; ceux-ci se dissocient et leurs pièces détachées s'agglutinent sous des formes imprévues. Les éléments purement abstraits ainsi libérés du concept, comme la vie, le mouvement, la forme, le nombre, etc..., évoluent à vide, coupés de l'expérience concrète d'où ils étaient sortis. La pensée a perdu ses lois d'accord avec elle-même. Elle peut passer aux rapprochements les plus vagues, aux identifications les plus indues. En ce sens, elle devient une pensée analogique et c'est là son point de contact avec la pensée archaïque. Elle est d'ailleurs, par rapport à la pensée normale, non plus prélogique, mais entièrement alogique.

C'est dans cette disposition que se formulent les représentations animales, identifications nées à la faveur de l'analogie. Cette origine leur vaut, si l'on n'y regarde pas de trop près, une certaine ressemblance avec les mythes, dont les plus primitifs sont sortis de la pure pensée imaginative analogique, qui fut sans doute l'expression initiale de l'intelligence humaine.

ETUDE PSYCHO-BIOLOGIQUE COMPARATIVE DE 20 MONGOLIENS ET DE 20 ARRIERES NON DIFFERENCIES

par

A. BELEY, P. SEVESTRE et R. LECUYER

Ce travail commun est une première étude, plus particulièrement biologique, dans la perspective d'une thèse soutenue par Robert Lecuyer en Faculté de Lille, et à paraître prochainement.

La thèse en question étudie le mongolisme sous tous ses aspects : historique, morphologie, limites de l'affection, diagnostic, examen neurologique et électroencéphalographique, recherches biologiques avec statistiques à la fois plus étendues et plus significatives, psychopathologie de l'arriéré mongolien, étude de la famille du mongolien, conduite pratique à tenir, médicale et pédagogique.

Les arriérés mongoliens ont été l'objet de bien des études qu'expliquent, d'une part, la curieuse association de signes les individualisant et leur donnant entre eux une étonnante ressemblance, — « cette cruelle plaisanterie biologique » [Koupernik (20)], si rebelle aux explications scientifiques —, d'autre part, leur comportement si attachant, qui convainc d'emblée ceux qui l'observent que « l'on ne perd pas son temps à soigner ces petits arriérés » [Lereboullet (25)].

« La question du mongolisme; qui n'a pas encore quitté le domaine de la recherche scientifique, est plus que jamais à l'ordre du jour. Les publications à son endroit, de plus en plus nombreuses depuis la guerre, semblent témoigner de la fréquence accrue de cette singulière affection. » Cette phrase écrite par Dop (9), en 1924, dans l'introduction de sa thèse, peut encore mieux qu'alors servir ici d'exergue. En effet, la classique fragi-

lité de ces petits malades, qui, à quelques rares exceptions près, mourraient tous avant la puberté, est presque devenue un mythe depuis l'apparition des antibiotiques. Certes, nombre de ces malades meurent encore à la naissance ou au cours des premières semaines, en raison de malformations, cardiaques en particulier. Mais les innombrables affections, notamment la tuberculose qui les atteint presque tous avant la puberté, n'en emporte maintenant guère plus que d'autres arriérés. Il est certain que bien plus des 25 % de mongoliens de plus d'un an, chiffre admis encore par Péhu en 1944 (30), arrivent à la puberté. Et leur nombre, estimé à 17.000 par Duchêne en 1956 (10), s'accroît sûrement chaque année. C'est dire l'importance du problème.

La présente étude (*) consiste essentiellement en une comparaison biologique d'un groupe de 20 mongoliens typiques, c'est-à-dire où le diagnostic ne pose aucun problème, et d'un groupe de 20 arriérés indifférenciés ayant sensiblement le même âge et le même niveau mental.

Notre but est d'apporter une contribution à l'étude biologique des mongoliens dont les données sont souvent paradoxales, sinon contradictoires. Mais, à ce propos, il est bon aussi d'essayer d'apporter quelques arguments dans l'explication des deux problèmes les plus irritants, et qui n'ont jamais été résolus, limite et étiopathogénie du mongolisme.

Avant d'aborder notre étude proprement dite, il est nécessaire de montrer comment se posent, dans leurs grandes lignes, ces deux problèmes, à la lumière des principaux travaux antérieurs et de notre expérience personnelle.

*
**

LES LIMITES DU MONGOLISME

Le diagnostic est généralement évident devant le faciès caractéristique : « Lorsqu'on en a vu un, on les a vu tous », écrivait Marfan (1926) (27). Pourtant, à côté de cette majorité de cas où ne semble se poser aucun problème de diagnostic, il existe des cas limites ; sans parler des mongoliens adultes, chez lesquels quelques signes, en particulier l'épicanthus, se sont le plus

(*) Cette étude sera complétée dans la thèse de l'un de nous, où l'on trouvera une mise au point actuelle plus complète des problèmes du mongolisme, et en particulier une étude de la fréquence des principaux signes, une étude électro-encéphalographique et psychologique, et une étude des antécédents, études effectuées de façon systématique sur un groupe d'environ 40 enfants et 20 adultes mongoliens.

souvent estompés, il est chez l'enfant de tout âge des cas où l'on hésite.

Certains nient pourtant la possibilité de formes de transition entre le mongolien et l'enfant normal [Fanconi (1938) (13)], et Koupernik (20) écrivait en 1953 : « Il n'y a pas de mongoloïde, il n'y a que des mongoliens. »

D'autres, au contraire, soutiennent qu'on peut voir tous les intermédiaires entre le mongolisme typique et l'enfant normal mongoloïde [Ségresta (1931) (34) ; Engler (1949) (11)].

Et même H. Bentin, en 1934 (5), dans sa thèse inspirée par Sendrail, écrit que la maladie de Langdon-Down n'est pas une maladie autonome, mais une « aggrégation assez hétérogène d'états de dégénération psychosomatique, encéphalopathie, hypo- ou hyperfonctionnement glandulaire..., dont l'unique élément commun est constitué par le faciès asiatique ». Selon ces auteurs, elle « ne mérite pas une place isolée dans la nosographie des idioties constitutionnelles », car « l'épicanthus et les autres détails du faciès mongolien constituent de simples stigmates de dégénérescence... qui peuvent se rencontrer dans n'importe quel cas d'arriération... », et nous ajouterons volontiers chez des individus normaux, et même d'intelligence supérieure, comme nous avons eu l'occasion de l'observer. Mais c'est leur association si caractéristique, réalisant des individus se ressemblant « entre eux comme des frères » [Dop. (1924) (9)], qui justifie pleinement, dans l'état actuel de nos connaissances, la conservation de cette entité nosologique.

Mais alors il est nécessaire de lui fixer des limites ; et, après Lereboullet (25), Pichon, Bourgin (6) et Péhu (30), notre critère a été l'association d'une arriération et d'un certain nombre de signes de la série mongolienne.

Nous admettons, pour qualifier un arriéré de mongolien, qu'il lui faut présenter au moins la moitié des signes de chacun des trois groupes suivants, considérés comme constituant les signes dits « de la série mongolienne » :

1° *Les grands signes classiques.* — Epicanthus ; ligne de Crookshank ; main courte large à doigts divergents ; langue plicaturée.

2° *Les signes également classiques, mais plus difficiles à préciser.* — Microbrachycéphalie ; face arrondie et surtout aplatie ; fente palpébrale étroite (avec petitesse des globes) et en amande (l'obliquité étant inconstante) ; peau sèche, rugueuse, à desquamation furfuracée ; anomalies buccales : petitesse de la bouche (expliquant le prolapsus de la langue, l'ouverture constante de la bouche et l'évernement de la

lèvre inférieure), prognathisme du maxillaire inférieur, hypogénésie du maxillaire supérieur avec voûte ogivale et malposition des dents (expliquant le mauvais articulé dentaire) ; hyperlaxité ligamentaire avec hypotonie musculaire.

3° *Des signes moins classiques, mais plus faciles à apprécier, et ayant une valeur au moins aussi grande.* — Pouce petit et implanté bas (brièveté du métacarpien) ; auriculaire court, incurvé (en dedans), avec plis rapprochés ou confondus (brièveté de la phalangine) ; incisure plantaire avec écartement anormal des premier et deuxième orteils ; agénésie des os propres du nez ; malformations des oreilles (en particulier soudure du lobule, mauvais ourlage, écartement, asymétrie, etc.) ; raucité particulière de la voix.

Les autres signes classiques ne sont pas suffisamment spécifiques pour être considérés autrement que comme des signes d'accompagnement fréquents, mais qui ne semblent pas pouvoir entrer dans la série mongolienne ; ils ont cependant une certaine valeur lorsque plusieurs d'entre eux sont associés à des signes des trois groupes précédents :

hypotrophie staturo-pondérale ;

hypotrophie des organes génitaux (d'ailleurs loin d'être constante) ;
hernie ombilicale, strabisme convergent (presque constants, mais fréquents chez les arriérés) ;

lèvres fissurées (conséquence du prolapsus de la langue avec ouverture constante de la bouche, laissant échapper la salive) ;

malformations diverses, en particulier digitales (hypogénésie de doigt ou d'orteil, syndactylie même seulement ébauchée, doigt sur-numéraire, etc...), mais aussi cardiaque (communication interventriculaire), ou digestive (sténoses du pylore, de l'œsophage, imperforation anale), ou rachidienne (spina-bifida).

Enfin, il faut mentionner trois nouveaux signes apportés par l'étude palmoscopique, effectuée en particulier par Turpin (40 et 41), mais dont nous n'avons pas la pratique :

fréquence des formations de l'éminence hypothénar ;

surélévation du triradius axial ;

disposition transversale des crêtes papillaires de la partie distale des paumes de la main.

LE PROBLÈME ÉTIOPATHOGÉNIQUE

Toutes les théories étiopathogéniques des arriérations furent appliquées au mongolisme avec plus ou moins de succès.

Depuis Crookshank, en 1924 (7), qui fut le plus ardent défenseur de la théorie phylogénétique de Langdon-Down (22), on ne trouve plus guère d'adeptes de cette hypothèse osée, considérant le mongolisme comme un retour « atavique vers le Mongol qui est en nous ».

Trois faits semblent actuellement à peu près unanimement reconnus :

1° Tout d'abord les lésions du mongolisme sont pleinement constituées à la septième ou huitième semaine (date à laquelle sont déjà installées la plupart des malformations cardiaques en particulier, qui accompagnent fréquemment le mongolisme), comme l'a montré Ingalls en 1947 (18), à la suite de 50 autopsies.

2° La naissance d'un mongolien a des relations remarquables avec l'âge de la mère, qui est en moyenne notablement plus élevé que l'âge optima de procréation. L'âge moyen des mères de mongoliens est de 35 ans [35 % ont plus de 40 ans pour Gérard Lefebvre et ses collaborateurs (1953) (15) ; Benda (3) trouve 27 % de mères de plus de 40 ans chez les mongoliens, contre 3 % chez les autres arriérés]. Mais il faut souligner aussi l'importance des pôles de la vie génitale [73 % de fin de lignée..., mais aussi 20 % de premiers-nés pour Gérard-Lefebvre (15)].

3° L'étude des jumeaux, en particulier la revue complète effectuée par Obster en 1953 (29), semble montrer que lorsqu'ils sont univitellins les deux jumeaux sont mongoliens ; au contraire, lorsqu'ils sont bivitellins, un seul est atteint. Les rares exceptions paraissent être des interprétations erronées de l'uni- ou bivitellinité... ou des coïncidences !

Mais ces faits sont insuffisants pour bâtir une théorie indiscutable. Les tentatives furent donc innombrables ; nous les résumerons en deux groupes :

1° celles qui mettent en cause un trouble survenant au cours de la grossesse, que nous appellerons *gestationnelles* ;

2° celles qui mettent en cause une altération du germe avant la première division, et que nous appellerons *germinales*.

Théories gestationnelles. — Les diverses infections, intoxications, traumatismes, émotions, survenant au cours de la grossesse, furent tour à tour mis en cause.

Au premier rang, il faut placer la syphilis, qui fut invoquée en particulier par Shuterland, Babonneix (1 et 2), Dop (9), Marfan (27) ; mais elle ne fut jamais vérifiée par des examens sérologiques en série, ni des ponctions lombaires répétées. Sans parti-pris, nous avons cependant utilisé dans notre étude la technique actuelle la plus sensible : le test de Nelson.

La tuberculose, déjà évoquée par Langdon-Down (22) en 1866, et que Shuttleworth (35) estimait avoir retrouvée chez la moitié des mères de mongoliens, n'a guère reçu depuis d'arguments en sa faveur.

Diverses infections gravidiques, en particulier la rubéole (Swan, 1944), furent également incriminées. Récemment, Thiers et Remagny (1951) (39) ont signalé un cas de mongolisme chez un enfant présentant une toxoplasmose. Hostomska (1957) (19) aurait trouvé 84 % de réactions de Fraenkel positives chez les mères de mongoliens.

L'hypothèse d'intoxication, en particulier par l'alcool, fut également soulevée ; récemment, Desclaux, Soulairac et collaborateurs (1951) (3) ont également rapporté un cas où ils posèrent le problème du rôle possible d'une intoxication par la quinine. Dans une série de publications, en 1956-1957, Rapaport (32) soulève l'hypothèse d'un rôle possible du fluor, en tant qu'inhibiteur enzymatique.

Il faut rapprocher de ces théories embryopathiques la théorie amniogène de Van der Scheer (1924) (46) (anomalie de l'amnios secondaire à une anomalie de structure endométriale) et la théorie de la nidation défectueuse (œuf normal sur une muqueuse utérine pathologique) de Mazerhoffer (1934) et Engler (1949) (11), acceptée encore par Tardieu (1955). En leur faveur, il faut noter la fréquence particulière des avortements spontanés ou provoqués dans les antécédents gynécologiques de la mère, ainsi que la fréquence de troubles ovariens variés (Stryjenski, 1957) (38), mais encore mal précisés (travaux de Geyer) (16-17).

Enfin, fréquemment l'on entend des mères de mongoliens invoquer le rôle d'un traumatisme, d'une émotion ou frayeur [14,4 % des cas pour Gérard-Lefebvre (15)].

Mais, dans toutes ces théories, un fait important n'est absolument pas expliqué : celui des jumeaux ; pourquoi un trouble survenu pendant la grossesse n'atteindrait qu'un des deux fœtus quand il s'agit de jumeaux bivitellins ; les deux lorsqu'ils sont univitellins. Ce fait troublant suggère immédiatement l'existence de la malformation, en virtualité, avant même la première division de l'œuf, donc probablement avant la fécondation.

Théorie germinale. — Dans ce second groupe, les deux éléments : spermatozoïde et ovule, pourraient être en cause. En fait, très peu des faits relevés dans la littérature mettent en cause le père du mongolien. Quoi qu'il en soit, on pense en premier lieu à l'atteinte des gènes ; en faveur de cette atteinte génique, il faut citer la coexistence du mongolisme avec d'autres malformations héréditaires :

microphthalmie et langue scrotale (Turpin et ses collaborateurs, 1946) (40), ou avec une brachydactylie (Weil et ses collaborateurs, 1953) (47). Il faut aussi mentionner à l'actif de cette théorie les rares cas familiaux et aussi le cas d'une mongolienne ayant eu un enfant mongolien (Lelong, 1949) (23).

Cependant, il faut reconnaître que ces faits sont tout à fait exceptionnels, et que d'autres semblent même les contredire ; nous avons en particulier relevé dans la littérature deux cas de mongoliennes ayant eu des enfants normaux (Orel, 1926) (28), (Sawyer G. M., 1949) (33). Emmett Holt Jr. et Rosenberg citent tous les deux le cas d'une mongolienne ayant eu deux enfants normaux (peut-être s'agit-il du même cas ?). Pogne et Lind signalent également la possibilité de grossesse chez des mongoliennes, mais sans précision ; même en admettant le caractère récessif et polymérique de la transmission génétique, celle-ci n'explique guère l'influence de la péristase, en particulier la fréquence remarquablement plus élevée de mongoliens aux périodes extrêmes de la vie génitale de la femme ; elle n'explique pas non plus la fréquence des troubles endocriniens accompagnateurs : avortements et troubles ovariens divers, qui ont amené plusieurs auteurs, et en particulier Gérard-Lefebvre (15), à « envisager le mongolisme comme s'inscrivant dans un ensemble de conditions liées à un complexe endocrinien, facteur de stérilité relative ».

Conclusion de ces théories. — Si on en est donc à admettre une altération ovulaire quasi-certaine, l'influence de la péristase fait que l'on discute toujours pour savoir s'il ne s'agirait pas d'une hérédité cytoplasmique, ou si, comme le suggérait Geyer dès 1939, le mongolisme ne serait pas le résultat d'une production, par un ovaire altéré, d'un ovule présentant une dégénérescence cytoplasmique. Cette dernière hypothèse nous apparaît, en dernier recours, la plus satisfaisante, rendant seule compte de tous les faits rencontrés, et en particulier l'altération de l'ovaire pourrait avoir diverses origines, héréditaires, mais aussi acquises. Cette altération de l'ovaire pourrait en effet entrer dans le cadre d'une « dysrythmie hypophyso-ovario-thyro-endométrale », d'une dysendocrinie où la région hypothalamo-hypophysaire serait probablement particulièrement en cause.

Les émotions, fréquemment alignées au début de la grossesse (14,4 % des cas pour Gérard-Lefebvre, environ 25 % chez nous), ne seraient qu'une conséquence d'un dérèglement neuro-endocrinien, au même titre que les troubles ovariens [relevés par Gérard-Lefebvre (15) dans 26 % des cas et estimés à au moins 35 %] et la libération anachronique d'ovules altérés, immaturés ou postmaturés, responsables du mongolisme.

La dysmaturation, physique et psychique, évidente de l'enfant mongolien existerait dès l'ovule, et cette dysmaturation se retrouverait aussi sur le plan biologique comme nous allons le voir maintenant.

L'ÉTUDE BIOLOGIQUE

De nombreux examens de laboratoire ont été effectués chez les mongoliens dans les divers pays du monde. La plupart se sont révélés normaux et, lorsque des modifications ont été relevées, elles sont souvent contradictoires.

C'est ainsi que le métabolisme basal est souvent abaissé, mais le cholestérol également [Benda et Mann (4) ; Simon et coll. (36)]. Et si l'on considère généralement les mongoliens comme de petits insuffisants thyroïdiens, certains ont prétendu qu'ils étaient plutôt hyperthyroïdiens [Pennacchietti (1939) (31)], et récemment, en 1957, Esen-Munire et Mauthner (12) présentent deux cas où la fonction thyroïdienne est perturbée en sens inverse. Quant aux 17-cétostéroïdes, ils étaient abaissés dans l'étude d'Oster en 1953 (29), ce qui correspondait à l'hypogénitalisme, fréquemment admis chez des mongoliens ; mais les publications de puberté précoce chez des mongoliens sont de plus en plus nombreuses, et nous avons retrouvé un développement génital normal et une masturbation fréquente chez plusieurs mongoliens de plus de 14 ans.

Le test de Nelson.

Notre étude comporte tout d'abord le *séro-diagnostic de la syphilis, selon la technique de Nelson, dans le liquide céphalo-rachidien*. Il fut négatif dans tous les cas, qu'il s'agisse de notre groupe de mongoliens ou de notre groupe d'arriérés non différenciés de même âge et de même niveau.

Les chiffres d'immobilisation spécifique varient de 0 à 5 % (réaction négative de 0 à 20 %), avec un chiffre moyen de 1 % dans les deux groupes.

Le cholestérol sanguin.

Un dosage du cholestérol fut effectué dans tous les cas ; il montre un cholestérol total, variant de 1,12 g. à 2,50 g. chez les mongoliens, avec un chiffre moyen de 1,60 g., et de 1,37 g. à 2,50 g. chez les autres, avec un chiffre moyen de 1,78 g.

Ce second chiffre représente par ailleurs approximativement la valeur moyenne obtenue chez nos enfants de 6 à 16 ans et la moyenne des enfants normaux. L'on peut donc dire que le cholestérol sanguin de nos mongoliens est plutôt abaissé, mais sans que la différence avec la normale puisse être considérée comme significative.

Si cette diminution du cholestérol n'est pas en faveur d'une

éventuelle hypothyroïdie, il est bien évident qu'elle n'est pas un argument suffisant pour l'éliminer ; l'augmentation du métabolisme basal signalée par certains auteurs [Pennacchietti (1939) (31)] ne l'est pas plus, étant donné la fréquente difficulté à maintenir le mongolien immobile. Notre expérience en ce domaine nous a confirmé les résultats contradictoires du métabolisme basal observés par de nombreux auteurs. Il peut en effet se trouver légèrement élevé, normal, ou légèrement abaissé, sans qu'on puisse tirer de conclusion.

Le test à l'iode radio-actif aurait plus de valeur, mais nous avons préféré nous en abstenir chez nos enfants en pleine croissance et dont l'instabilité glandulaire pourrait peut-être se trouver aggravée par ce test. Pratiqué chez quelques adultes, il n'a pas donné de résultat significatif, pouvant être considéré comme normal.

Le rapport calcirachie sur calcium plasmatique.

Le calcium total dans le plasma et dans le liquide céphalo-rachidien reste chez tous nos sujets dans les limites du normal. Dans le plasma, il varie de 85 à 102 mg. chez les mongoliens, avec une moyenne de 93,6 ; de 89 à 124 mg. chez les sujets témoins, avec une moyenne de 99,8.

Dans le liquide céphalo-rachidien, il varie de 43 à 64 mg. chez les mongoliens, avec une moyenne de 51,5 ; de 38 à 52 mg. chez les sujets témoins, avec une moyenne de 45,7.

C'est-à-dire que si l'on ne peut sans doute guère considérer isolément comme significative la tendance à l'élévation de la calcirachie et la tendance à l'abaissement du calcium plasmatique, l'élévation du rapport Ca dans le liquide céphalorachidien/Ca dans le plasma l'est cependant beaucoup plus : $0,552 \pm (0,015 \times 2) = 0,030$ chez les mongoliens ; $0,460 \pm (0,012 \times 2) = 0,025$, chez les arriérés indifférenciés ; la différence entre les moyennes des deux groupes, 0,092, est nettement supérieure au double de l'erreur-standard, $\pm (0,012 \times 2) = 0,039$, de la différence entre ces deux moyennes ; elle est donc significative ; de plus, si les deux dosages sont effectués dans les mêmes conditions, l'objection de la variabilité des résultats suivant les techniques ne tient plus ; il est donc peut-être possible de considérer cette élévation comme un argument en faveur d'une augmentation de la perméabilité méningée dans le sens sang-liquide céphalorachidien.

Certains auteurs avaient signalé une légère augmentation de la glycorachie [Leone (1956 (24))]. Nous l'avons retrouvée égale-

ment dans tous les cas où nous l'avons étudiée, alors que la glycémie était normale ou même parfois plutôt basse ; mais les variations nous paraissent plus significatives et plus constantes pour le calcium.

Cette notion peut avoir un intérêt dans le problème des limites du mongolisme : une élévation significative de ce rapport à partir de 0,54 (ce qui représente 60 % des mongoliens contre 10 % d'arriérés indifférenciés) pourrait être considérée comme un signe supplémentaire en faveur du mongolisme ; elle a aussi un intérêt explicatif ; la moindre valeur de la barrière hémoméningée semble plaider en faveur d'une immaturation méningée entrant dans le cadre de l'immaturation générale du mongolien ; elle ne serait peut-être aussi qu'un exemple de la moindre valeur des barrières chez le mongolien.

La formule leucocytaire.

Notre étude comporte enfin une étude de l'hémogramme de nos deux groupes d'enfants. Il est banal d'observer chez eux une anémie légère, comme de nombreux auteurs l'ont signalé avant nous. Mais plus importante nous paraît être la présence de leucocytes immaturés avec déviation à gauche de la formule d'Arneth, déjà signalée par Turpin et ses collaborateurs en 1947 (42 et 43). T. Luers et H. Luers, en 1954 (26), ont particulièrement étudié cette question de l'arrêt de la segmentation nucléaire des neutrophiles dans le mongolisme, et ont même affirmé que certains leucocytes présentaient des anomalies nucléaires réalisant des cellules du type Pelger-Huet.

Notre étude a retrouvé manifestement la modification de la formule Arneth (*). Mais, par contre, l'existence de cellules de type Pelger-Huet n'a pas été confirmée (chez deux de nos mongoliens, quelques leucocytes ont cependant posé le problème, mais sans autoriser à affirmer que leurs anomalies réalisaient des cellules de ce type).

La formule d'Arneth est l'étude de la lobulation des noyaux des granulocytes ; ceux-ci peuvent présenter : 1, 2, 3, 4 ou 5 lobules, ce qui permet de distinguer cinq classes de granulocytes ; le pourcentage de granulocytes pour chacune de ces classes permet d'établir une courbe qui est déviée à gauche lorsque le pourcentage des granulocytes les moins lobulés est plus im-

(*) Cette étude de la formule d'Arneth sera complétée sur un lot plus important de mongoliens, et explicitée, dans une publication avec M. Poullain, pharmacien-chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine.

portant que dans la normale ; la courbe est déviée à droite dans le cas inverse. Ce qui revient à dire que, lorsque la formule est déviée à gauche, le chiffre moyen de lobules est inférieur à la normale, et inversement lorsque la formule est déviée à droite.

Nous prendrons comme exemple un de nos mongoliens qui présentait une formule d'Arneth s'établissant ainsi : 6 granulocytes à 1 lobule, 83 à 2, 10 à 3, 1 à 4, 0 à 5 ; le chiffre de lobulation moyenne était donc de :

$$\frac{(6 \times 1) + (83 \times 2) + (10 \times 3) + (1 \times 4)}{100} = 2,06.$$

Pour simplifier le calcul, si l'on prend pour classe d'origine la classe des granulocytes à 3 lobules, la classe — 2 est celle des granulocytes à 1 lobule, la classe — 1 à 2 lobules, la classe 0 à 3 lobules, la classe + 1 à 4, la classe + 2 à 5, et la même formule d'Arneth serait ainsi commodément caractérisée : — 12, — 83, 0, + 4, 0 = 94. (Et en soustrayant du chiffre 3 le quotient par 100 du chiffre ainsi obtenu, on obtiendrait bien la lobulation

moyenne : $3 - \frac{94}{100} = 2,06$). Le chiffre obtenu (— 94 dans

l'exemple ci-dessus) caractérise donc bien la variété de distribution et la valeur de la déviation. Un chiffre nul signifie qu'il n'y a pas de déviation ; un chiffre négatif, que la déviation est à gauche ; un chiffre positif, que la déviation est à droite.

Chez nos mongoliens, la formule d'Arneth a varié de — 94 à — 2, avec un chiffre moyen de — 57,9, c'est-à-dire que le nombre moyen de lobules variait de 2,06 à 2,98, avec une moyenne de 2,431.

Dans notre groupe d'arriérés indifférenciés, la formule d'Arneth a varié de — 41 à + 30, avec une moyenne de — 9,7, c'est-à-dire que le nombre moyen de lobules variait de 2,59 à 3,30, avec une moyenne de 2,903.

Si, par ailleurs, on envisage seulement les résultats moyens des granulocytes à 2, 3 et 4 lobules (ce qui ne nécessite pas de calcul particulier) :

les bilobulés constituent 59,07 % des granulocytes chez les mongoliens, contre 29,50 % chez les arriérés indifférenciés ;

les trilobulés, 32,92 % chez les mongoliens, contre 49,25 % chez les arriérés indifférenciés ;

les quadrilobulés, 4,50 % chez les mongoliens, contre 17,67 % chez les arriérés indifférenciés.

On peut donc dire que la formule d'Arneth est nettement déviée vers la gauche chez les mongoliens (75 % des cas au-des-

sous de — 50), alors qu'elle est normale chez les arriérés indifférenciés (aucun cas au-dessous de — 50). Et, même si les deux groupes se recoupent légèrement, on peut considérer que le signe, que constitue la diminution de la lobulation moyenne des granulocytes, est net dans 70 à 80 % des cas de mongolisme. Il est peu de signes cliniques qui présentent cette valeur, et c'est pourquoi nous y insistons tout particulièrement ici.

Conclusion de l'étude biologique.

Comme on pouvait s'y attendre, toutes les études antérieures concordent en effet sur ce point : l'étude biologique des mongoliens ne met pas en évidence des modifications profondes ; mais la comparaison avec un groupe d'arriérés indifférenciés a permis de tirer quelques variations significatives qui semblent devoir retenir l'attention.

L'absence de tout cas de positivité du test de Nelson, si elle n'élimine évidemment pas la possibilité d'une hérédosyphilis, ne plaide certainement pas en sa faveur, et il semble que le mongolisme a simplement, comme les autres arriérations et comme la plupart des malformations, été victime du raz-de-marée étiopathogénique de la syphilis héréditaire... sans argument valable.

Nous ne reviendrons pas sur le cholestérol sanguin plus bas chez les mongoliens, sur le calcium du plasma également plus bas, sur le calcium du liquide céphalo-rachidien au contraire plus élevé. Nous retiendrons simplement deux faits :

— le rapport Ca du liquide céphalorachidien/Ca du plasma est nettement plus élevé chez les mongoliens (significatif à partir de 0,54) ;

— la formule d'Arneth est nettement déviée vers la gauche (significatif au-dessous de — 50, c'est-à-dire quand la lobulation moyenne est inférieure à 2,50).

Ces deux faits semblent mériter d'être considérés comme des signes de la série mongolienne, au même titre que les signes cliniques classiques ou la dactyloscopie. S'il n'est pas question de leur donner une valeur spécifique isolément, ils peuvent être d'un intérêt tout particulier dans les cas limites où l'on hésite à porter le diagnostic de mongolisme ; leur observation constitue, en effet, un argument supplémentaire, et dans un domaine très différent de la morphologie, en faveur du mongolisme.

Ces faits plaident également en faveur de la dysmaturation qui semble être le propre du mongolien, enfant inachevé ; cette dysmaturation trouverait ainsi sur le plan biologique — dysma-

turation méningée et dysmaturation sanguine — des critères observables complétant les signes de dysmaturation neuropsychique (en particulier arriération) et physique (en particulier squelettique et cutanéomuqueuse). Cette dysmaturation méningée et sanguine nous semble spécialement en cause dans la sensibilité particulière des mongoliens aux infections, et il est peut-être possible d'extrapoler en attribuant cette insuffisance de moyens à une dysmaturation de tout le système réticulo-endothélial.

Quant à la nature de cette dysmaturation, elle est difficile à préciser. S'agit-il d'une immaturation, d'un inachèvement, ou au contraire d'une postmaturation, d'une sorte de vieillissement précoce ? La question a peu d'importance. La prématuration, le défaut de segmentation des leucocytes, le retard de la puberté, plaideraient plutôt en faveur d'un défaut de développement. Mais il existe, avec une relative fréquence, des pubertés précoces, et l'aspect de la peau est plutôt sénile. Quoi qu'il en soit, qu'il s'agisse d'une immaturation ou d'une postmaturation, cette dysmaturation existerait dès l'ovule et probablement, pour l'essentiel, dans le cytoplasma de celui-ci. Mais la cause et le mécanisme de l'altération ovulaire restent du seul domaine des hypothèses.

*
**

De cette étude biologique comparative de 20 mongoliens et de 20 arriérés de même âge et de même niveau, à propos de laquelle nous avons cru utile de reposer quelques-uns des problèmes généraux concernant le mongolisme, il reste maintenant à tirer les conclusions d'ensemble.

Dans le problème des limites du mongolisme, cette comparaison a permis de faire ressortir deux modifications, qui, sans être absolument pathognomoniques, peuvent sans doute être considérées comme des signes de la série mongolienne ; comme les autres signes physiques en particulier, ces modifications n'ont pas de valeur isolément, mais seulement associées à une arriération et à d'autres signes de la série mongolienne ; elles nous paraissent mériter pourtant d'être retenues, car leur utilisation pratique est relativement aisée.

Quant au problème étiopathogénique, nous ne pouvons en donner une synthèse qu'en résumant ici notre position.

Nous avons vu, à propos de la revue critique succincte des diverses théories, que l'hypothèse de l'existence du mongolisme

avant la première division de l'œuf nous paraissait seule rendre compte de tous les faits.

Notre expérience clinique, — et en particulier la variabilité des symptômes et l'existence indubitable, à nos yeux, de *mongoloïdes* —, nous avait conduits à considérer le mongolisme comme une *dysmaturation extrêmement variable*. Cette impression clinique de dysmaturation physique et intellectuelle semble confirmée par notre étude biologique. L'interprétation la plus satisfaisante du caractère essentiellement variable de cette *dysmaturation* nous paraît donc de la faire remonter à l'ovule, c'est-à-dire de l'attribuer à une *altération cytoplasmique ovulaire variable*, plutôt qu'à une atteinte génétique.

Par ailleurs, notre étude des mères de mongoliens nous a conduits à considérer le mongolisme comme s'inscrivant dans un *ensemble de conditions* liées à un complexe endocrinien, facteur de stérilité relative.

La fréquence des troubles psychiques mineurs découverts par l'interrogatoire de la mère (expliquant en particulier la plupart des allégations tendant à expliquer la survenue du mongolien) nous a amenés à étendre cet *ensemble de conditions* dans le domaine psychiatrique. Et c'est peut-être un *ensemble de conditions psychosomatiques* qui doit être considéré comme responsable de la *ponte anachronique d'un ovule dysmature*.

Et nous sommes ainsi amenés à évoquer la possibilité d'une origine centrale. Le mongolisme serait la conséquence d'une atteinte primitive, chez la mère, d'une région à potentiel à la fois végétatif et thymique. Le diencéphale semble, dans l'état actuel de nos connaissances, la seule région qui puisse être considérée comme responsable, à la fois de cette « dysrythmie hypophyso-ovario-thyro-endo-métriale », et des petits troubles psychiques accompagnateurs. La prédisposition à une telle atteinte hypothalamique, seule, serait d'origine génétique.

Mais force nous est de reconnaître que ce n'est là qu'une orientation possible de recherches ; le problème n'est évidemment que reculé et probablement loin d'être résolu. On imagine mal, en effet, au moins en France, une étude systématique des mères de mongoliens, comportant notamment une investigation endocrinienne très complète ! Et d'ailleurs les modifications semblent devoir dater de la période précédant immédiatement la conception ; elles peuvent donc très bien s'être modifiées depuis la naissance. L'étiopathogénie précise du mongolisme semble donc vouée à rester, au moins quant au fond du problème, et sans doute encore pour longtemps, un mystère insoluble.

*Tableau comparatif
des résultats moyens obtenus par les principaux examens
effectués dans nos deux groupes de malades*

	MONGOLIENS	ARRIÉRÉS INDIFFÉRENCIÉS
Cholestérol	1 g. 60	1 g. 78
Ca plasmatique	93,6 mg.	99,8 mg.
Calcirachie	51,5 mg.	45,7 mg.
Calcirachie/Ca plasmatique..	0,55	0,46
Formule d'Arneth	— 57,9	— 9,7
Lobulation moyenne des granulocytes	2,431	2,903
Granulocytes bilob.	59,07 %	29,50 %
— trilob.	32,92 %	49,25 %
— quadri.	4,50 %	17,67 %

BIBLIOGRAPHIE

1. BABONNEIX (L.) et DEGUY (R.). — A propos de l'idiotie mongolienne. *Gazette des hôpitaux*, nov. 1920, p. 1583-1585.
2. BABONNEIX (L.). — Mongolisme et syphilis congénitale. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1936, n° 7, p. 312-317.
3. BENDA (C. E.). — *Mongolisme et crétinisme*, Grune and Stratton, Edit., New-York, 2° édit., 1949.
4. BENDA (C. E.) et MANN (G.). — Les taux de cholestérol et lipoprotéine sériques dans le mongolisme. *J. of Péd. U.S.A.*, janv. 1955, 46, n° 1, p. 49-53.
5. BENTIN (H.). — L'autonomie du mongolisme. *Thèse de Toulouse*, 1934-1935, n° 131.
6. BOURGIN (G.). — La maladie de Langdon-Down et les problèmes du mongolisme. *Thèse de Paris*, 1938, n° 282.
7. CROOKSHANK (F. C.). — *Le Mongol dans notre milieu*, London (2° édition 1925), Kegan Paul, Trench, Trubner & C°.
8. DESCLAUX (P.), SOULAIRAC (A.), MORLON (C.) et RAVAUD (G.). — Idiotie mongolienne chez une Eurasienne. Rôle possible d'une intoxication par la quinine pendant la gestation. *Arch. franç. péd.*, 1951, 8, n° 2, p. 167-170.
9. DOP (P.-J.-J.). — De l'étiologie dans l'arriération mongolienne. *Thèse de Paris*, 1924, n° 334.
10. DUCHÊNE (H.) et SMIRNOFF (V.). — Le mongolisme, in *E.M.C. Psychiatrie*, III, 37, 270, A. 30, p. 2-7.
11. ENGLER (M.). — *Le mongolisme*, J. Wright et Sons, édit., Bristol, 1949.

12. ESEN-MUNIRE (F.) et MAUTHNER (H.). — Hypo et hyperthyroïdisme dans le mongolisme. *Archives de pédiatrie*, New-York, août 1957, 74, n° 8, p. 291.
13. FANCONI (G.). — La théorie de la mutation pour le mongolisme. *Schweizerische Kleinische Wochenschrift*, 1939, n° 43.
14. FRIEDMAN (A.). — L'iode radioactif chez l'enfant mongolien. *Pédiatries*, juillet 1955, 16, n° 1, p. 55-56.
15. GÉRARD-LEFEBVRE (M.), MOLLET (F.), LEFEBVRE (R.) et BERNARD (F.). — Enquête sur le mongolisme dans le nord de la France. Essai d'étude étiopathogénique. *Arch. franç. péd.*, 1953, 10, n° 8, p. 834-839.
16. GEYER (H.). — Enfants avec idiotie dysplasmatique nés de mère présentant une insuffisance ovarienne. *Arch. f. gyn.*, 1952, 181, n° 3, p. 277-289.
17. GEYER (H.). — L'insuffisance ovarienne chez les mères de mongoloïdes. *Zeitschrift für die Gesamts Neurologie und Psychiatrie*, déc. 1941, n° 5, p. 735.
18. INGALLS (T. H.). — Pathogénie du mongolisme. *Amer. J. of Dis. Child.*, mars et août 1947.
19. HOSTOMSKA (L.). — Le rôle de la toxoplasmose maternelle dans le mongolisme de l'enfant. *Ceskoslovenka, Pédiatrie*, Prague, août 1957, p. 713.
20. KOUPERNIK (C.). — Mongolisme. Un nom injuste. Un irritant mystère. *Concours médical*, octobre 1953, 75, n° 40, p. 3261-3266.
21. KURLAND (G. S.), FISHMAN (J.), HAMOLSKY (M. W.) & FREEDBERG (A. S.). — Etude au moyen des isotopes radioactifs de la fonction thyroïdienne chez 21 mongoliens ; observation chez sept de leurs parents. *J. of Clin. Endocr.*, avril 1957, 17, n° 4, p. 552 à 560.
22. LANGDON-DOWN (W.). — Observations sur la classification ethnique des idiots. *London Hospital. Reports*, 1866, vol. III, p. 259 à 262.
- 22^{bis}. LÉCUYER (Robert). — Le mongolisme. Principaux problèmes médicaux, psychologiques et sociaux. *Thèse*, Lille, 1958, 6, Doin éditeur.
23. LELONG (M.), BORNICHE, KREISLER et BAUDY. — Mongolien issu de mère mongolienne. *Arch. franç. péd.*, 1949, 6, n° 3, p. 231.
24. LEONE (A.). — Observations sur le liquide céphalo-rachidien dans l'idiotie mongoloïde. *Minerva, Pédiatrie*, Torino, 1956, 8, n° 13, p. 438-442.
25. LEREBoullet (R.). — Le mongolisme. *Paris médical*, 1931, n° 9, 1, p. 193 ; — Etude clinique, étiologique et thérapeutique du mongolisme. *Le nourrisson*, mai et juillet 1938.
26. LUERS (T.) et LUERS (H.). — Sur l'arrêt de la segmentation nucléaire des neutrophiles dans le mongolisme. *Arztliche Forschung*, 8, n° 6, juin 1954, p. 1263-1267.
27. MARFAN (A.-B.). — L'imbécillité mongolienne. *Presse médicale*, 1926, 34, p. 1377-1380.
28. OREL (H.). — L'étiologie du mongolisme. *Zeits. f. Kinderheilk*, 1926, 42, p. 440-452.
29. OSTER (J.). — *Le mongolisme*. Danish science presse, Copenhague, 1953.

30. PÉHU (M.) et BROCHIER (A.). — *Les problèmes du mongolisme infantile*, 1944, 1 vol.
31. PENNACCHIETTI (M.). — Idiotie mongolienne et hyperthyroïdisme. *Revue neurologique*, 1932, II, p. 276.
32. RAPAPORT (I.). — Contribution à l'étude du mongolisme. Rôle pathogénique du fluor. *Arch. de l'Acad. de méd.*, 1956, 140, n° 28-29, p. 529-532 ; — Contribution à l'étude étiologique du mongolisme. Rôle des inhibiteurs enzymatiques. *Encéphale*, 1957, 46, n° 4, p. 468-481 ; — Rôle des inhibiteurs enzymatiques dans l'étiologie du mongolisme. *Ann. Neuropsychiat. Psychoanal.*, Napoli, 1957, 4, n° 1, p. 12-20.
33. SAWYER (G. M.). — Reproduction chez un mongoloïde. *J. Ment. Sci.*, 95, 1949, p. 842.
34. SÉGRESTA (J.-M.). — Contribution à l'étude de la dystrophie pseudo-mongolienne : mongolisme. *Thèse*, Paris, 1931.
35. SHUTTLEWORTH (G. E.). — Imbécillité mongolienne. *Brit. Med. Journ.*, 1909, 2, p. 661-665.
36. SIMON (A.), LUDWIG (Ch.), GOFMAN (J. W.) et CROOK (G. H.). — Etudes métaboliques du mongolisme. Iode protéique, cholestérol et lipoprotéines. *Amer. of Psychiat.*, 1951, III, n° 2, p. 139-145.
37. SMITH (A.) et RECORD (R. G.). — Fertilité et antécédents gynécologiques des mères de mongoliens. *Brit. of Rev. Soc. Med.*, London, 1955, 9, n° 2, p. 89-96.
38. STRYJENSKI (W.). — L'étiologie du mongolisme. *Pédiat. Pol. Warszawa*, 1957, 32, n° 4, p. 401-408.
39. THIERS (H.) et REMAGNY (A.). — Mongolisme chez une enfant atteinte de toxoplasmose. Discussion du rapport étiologique. *Lyon méd.*, sept. 1951, 83, n° 35, p. 145-151.
40. TURPIN (R.) et GASPARD-FANNARTY (Mme). — Dactyloscopie des mongoliens. *Sem. des Hôp. de Paris*, 1945, 21, n° 13, p. 341-343.
41. TURPIN (R.) et CARATZALI. — Conclusion d'une étude génétique de la langue plicaturée. *Sem. des Hôp. de Paris*, 1946, 22, n° 41, p. 1905-1908.
42. TURPIN (R.), BESNIER (G.) et TESSIER (C.). — Mongolisme et stigmates familiaux de la série mongolienne. *Presse médicale*, 1947, 53, p. 597-599.
43. TURPIN (R.) et BESNIER (G.). — De l'influence de l'hérédité sur la formule d'Arneth (cas particulier du mongolisme). *Revue d'hématologie*, 1947, n° 2, p. 189.
44. TURPIN (R.) et LEJEUNE (J.). — Etude d'une famille comportant quatre frères et sœurs mongoliens. *Sem. des hôp. de Paris*, 1953, 29, n° 76, p. 3979-3984.
45. TURPIN (R.) et LEJEUNE (J.). — Etude dermatographique des paumes de mongoliens et de leurs parents et germains. *Sem. des Hôp. de Paris*, 1953, 29, n° 76, p. 3955-3967.
46. VAN DER SCHEER (W. M.). — Du mongolisme. *Congrès des aliénistes*, Paris, 1925, p. 181.
47. WEILL (J.), BARUCH (J.) et VIGNOLET. — Un cas de brachydactylie héréditaire chez un mongolien. *Arch. franç. péd.*, 1953, 10, n° 2, p. 215-219.

RÉSUMÉ

Les auteurs rapportent les résultats de divers examens biologiques effectués sur un groupe de mongoliens et un groupe égal d'arriérés. Ils retiennent deux modifications, qu'ils proposent de considérer comme signes biologiques « de la série mongolienne » : l'élévation du rapport $\frac{\text{calcirachie}}{\text{Ca plasmatique}}$, au-dessus de 0,54, et la déviation à gauche de la formule d'Arneth, au-dessous de — 50, correspondant à une lobulation moyenne des granulocytes, de 2,50. A ce propos, et en tenant compte des données de leur expérience clinique des mongoliens, ils reprennent les principaux éléments du problème étiopathogénique, et concluent en proposant l'hypothèse de la ponte anachronique d'un *ovule dysmature avec altération cytoplasmique*, chez une femme présentant un ensemble de « conditions psychosomatiques » favorables, peut-être en relation avec une atteinte hypothalamique ; seule, une prédisposition à ces « conditions » serait d'origine génétique.

LA LEVOPROMAZINE

EN THERAPEUTIQUE PSYCHIATRIQUE

par

G. DESHAIES, G. LANTERI-LAURA et A. FARGEON

I. — INTRODUCTION

Dans le pêle-mêle chimiothérapique actuel, on aimerait distinguer des médicaments moins confusément polyvalents, des effets thérapeutiques plus différenciés, plus électifs, sinon spécifiques. La lévopromazine (1), qui acquit déjà droit de cité dans le Rapport de L. Gayral, offrirait un intérêt particulier si elle possédait une action élective sur la dépression et l'anxiété.

Isomère lévogyre d'une amine phénothiazique, analogue à la chlorpromazine, cette substance présente expérimentalement une toxicité voisine, des effets sympathicolytique, vasomoteur, antihistaminique et dépresseur central plus puissants.

L'intérêt de ce médicament dépend de la réponse à ces trois questions : 1° Est-il plus efficace que les neuroleptiques habituels ? 2° Est-il cliniquement mieux toléré ? 3° Exerce-t-il une action élective sur telle modalité morbide ?

Nous croyons utile de joindre aux quelques études déjà parues les résultats de nos observations cliniques portant sur 80 malades.

II. — CONDITIONS ET RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES

a) *Les malades.*

Nous avons traité 80 malades femmes, âgées de 20 à 75 ans. Notons-le, 25 % d'entre elles avaient plus de 60 ans.

(1) Le 7044 R.P., commercialisé sous le nom de nozinan (Spécia).

Elles étaient atteintes de schizophrénie ancienne (22 cas), de mélancolie (17 cas), de dépression anxieuse involutive (9 cas), de dépression névrosique (6 cas), de manie (10 cas), d'agitation (un cas d'imbécillité), de psychoses délirantes chroniques (12 cas), de psychose oniroïde subaiguë (3 cas).

Elles furent suivies à l'hôpital et en post-cure selon les circonstances.

b) *Le traitement.*

Le médicament fut employé seul afin de juger son influence propre. Lorsqu'il se révéla insuffisant ou inefficace, d'autres traitements lui furent substitués ou associés.

Le *mode* d'administration *per os* fut la règle. On sait que l'injection intramusculaire est quelque peu douloureuse, comme avec la chlorpromazine. Certains employèrent la lévopromazine en perfusion intraveineuse (50 à 100 mg., P.-A. Lambert, etc...).

La *posologie* varie avec les cas et les auteurs : 100 à 200 mg. *pro die*, parfois 400 (A. Deschamps), 100 à 400, parfois 800 (P.-A. Lambert, etc...), 150 à 250 (Letailleur), ou 300 (G. Collier), 500 ou 600, pendant 15 jours (Anglade).

Nous avons varié la posologie de 50 mg. à 1.000 mg. par jour. Nous parlerons de doses « modérées » jusqu'à 200 mg., de doses « moyennes » entre 200 et 500 mg., de doses « fortes » à partir de 500 mg. Précisons que la moitié de nos malades reçurent des doses fortes, un quart des doses moyennes, un quart des doses modérées. Pour une affection et une malade données, la posologie a été modifiée, selon l'évolution, cela va sans dire. La progressivité des doses doit être rapide. Dans les états d'excitation ou d'anxiété vive, nous avons pu donner 200, 300 ou 400 mg. d'emblée, sans accident.

La répartition du médicament fut pratiquée en trois, parfois quatre prises journalières, la dose la plus forte étant vespérale.

La durée de la cure s'est échelonnée de 15 jours à 9 mois, le plus souvent deux ou trois mois. Aussi avons-nous atteint des doses totales importantes, par exemple 71 grammes en trois mois, 128 grammes en huit mois. Cela importe pour l'appréciation des résultats et des complications.

c) *Les résultats.*

Notre statistique d'ensemble fournit 15 % de guérison, 15 % de grande amélioration, 40 % d'amélioration légère, 25 % d'échec, 5 % d'aggravation. Ces chiffres globaux ont peu de portée. Il faut

distinguer les formes psychopathiques si l'on veut apprécier avec une relative exactitude les résultats thérapeutiques.

Dans la *schizophrénie*, A. Deschamps et J. Madre tinrent pour très améliorées 6 vieilles malades sur 14, surtout des catatoniques. Sur 28 schizophrènes, résultats « variables », analogues à ceux de la chlorpromazine, disent P.-A. Lambert, M. Beaujard, A. Achaintre, P. Broussolle, J. Perrin, C. Berthier, P. Balvet, L. Révol et A. Requet. Cette dernière opinion est à peu près la nôtre. Sur 22 malades anciennes, catatoniques ou paranoïdes, nous n'avons constaté ni guérison, ni grande amélioration ; seulement 50 % d'amélioration légère (humeur plus calme, moindre agressivité, bon sommeil, meilleur contact, etc...), 40 % d'échec complet, 10 % d'aggravation (inertie profonde, coprophagie, etc...). Et cela malgré des doses élevées (600, 800, 900, 1.000 mg.) et prolongées (plusieurs mois). Un lot de ces malades permet une comparaison valable entre les divers traitements du fait de leur modalité réactionnelle, voire de leur absence de réaction. La lévopromazine n'eut pas plus d'efficacité, plutôt moins.

Les *états dépressifs* répondent différemment selon le type de leur structure psychopathologique. A. Deschamps, sur 15 états dépressifs, note 4 « rémissions sociales » (mélancolie délirante), 3 échecs (dépression anxieuse ou hypocondriaque) et des améliorations (souvent avec association de quelques chocs ou d'insuline). P.-A. Lambert relève 35 % de rémission complète en 8 à 15 jours, et 20 % d'échec, sur 28 cas. M. Letailleur, sur 75 cas, annonce 50 % de guérison, 33 % d'amélioration, 17 % d'échec. Echec surtout dans les formes délirante et stuporeuse, guérison surtout dans les formes ménopausique, pré-sénile, réactionnelle, hypocondriaque. G. Collier obtient sur 23 cas à peu près moitié de guérison et moitié d'échec, notamment dans la forme stuporeuse.

Pour notre part, sur 32 cas, nous constatons 18 % de guérison, 18 % de grande amélioration, 40 % d'amélioration légère, 20 % d'échec, 4 % d'aggravation. Les 17 cas de mélancolie (formes dépressive simple, anxieuse, délirante, stuporeuse) ont abouti à 6 guérisons, 4 grandes améliorations, 4 améliorations légères, 3 échecs complets. Notre seul cas stuporeux a guéri. En revanche, et contrairement aux conclusions de M. Letailleur, les dépressions involutives et névrosiques nous ont paru beaucoup moins heureusement influencées. Aucune guérison, 2 grandes améliorations, 5 améliorations légères, 2 échecs sur 9 états dépressifs involutifs ; aucune guérison, ni grande amélioration,

3 améliorations légères, 2 échecs, une aggravation notable (anxiété, phobies), dans 6 cas névrosiques.

Le rétablissement du sommeil, l'atténuation de l'anxiété avec suppression de ses manifestations spontanées comptent parmi les effets les plus fréquents. Ils améliorent le syndrome dépressif certes, sans pour cela toujours le guérir. Le malade demeure fréquemment inquiet et triste au fond, avec quelque idée ou conviction délirante immergée. Par rapport au début, il y a grande amélioration, avec reprise d'un bon contact et d'une certaine activité, mais il n'y a pas de guérison à moins de recourir à l'électrochoc ou au dieu Chronos. Les expressions mélancoliques s'atténuent ou disparaissent avant les expressions hypocondriaques, lesquelles sont parfois au contraire exacerbées.

La plupart des auteurs notent une action rapide du médicament en une à trois semaines. G. Collier affirme même qu'un résultat doit être obtenu dans les 15 jours, si la médication doit agir. Nos constatations s'avèrent différentes. Des cas, très nettement améliorés dans les 15 jours, n'ont pas guéri ; des cas très peu améliorés au début ont fini par guérir après un ou deux ou trois mois de traitement. C'est peut-être en partie pour cette raison que, à l'inverse des précédents auteurs, nous trouvons la durée nécessaire du traitement, lorsqu'il est efficace, moitié ou deux fois plus longue qu'avec l'électrochothérapie. Or, qu'un traitement de la mélancolie exige trois mois pour guérir, cela veut dire qu'il bénéficie fréquemment de l'évolution spontanée de l'accès (1).

De plus, nous avons vu des rechutes en cours de traitement, malgré des doses de 150, 200 et même 300 mg. L'action tant louée sur le sommeil n'est pas aussi constante qu'on paraît le croire. Une accoutumance se produit chez certains déprimés et l'augmentation de la dose (à 500 mg. par exemple) n'empêche pas toujours les troubles de sommeil, ni les cauchemars.

Enfin, il serait très dangereux de compter sur la médication pour éviter tout risque de suicide. L'une de nos mélancoliques en cours de traitement eut néanmoins un raptus anxieux suicidaire, alors qu'elle était un peu améliorée. G. Collier et A. Martin ont noté deux tentatives de suicide chez une mélancolique anxieuse traitée par 150 mg. de lévopromazine.

Obs. 1. — Marguerite O..., âgée de 60 ans, souffre depuis trois mois

(1) Peu de résultats dans le traitement des 16 cas dépressifs, selon L. Singer.

d'une dépression anxieuse avec sentiments de culpabilité, de dépréciation, d'indignité : conscience de l'état morbide. Aspect involutif sans affaiblissement démentiel. Tension artérielle : 14-8. Souffle systolique de la pointe. Azotémie : 0 g. 30 ‰.

Traitée par lévomépromazine pendant quarante-cinq jours, jusqu'à 500 mg. (pendant quinze jours). Syndrome extrapyramidal, troubles visuels, algies dans les membres, incontinence sphinctérienne vésicale intermittente. Asthénie marquée, inertie. Diminution de l'anxiété, mais auto-dépréciation, tendance hypocondriaque. Il faut six électrochocs pour guérir la malade.

Sortie, continue de prendre 50 mg. Au troisième mois, récurrence dépressive. La prise de 100 mg. n'empêche pas l'aggravation progressive et un deuxième internement, cinq mois après la sortie.

Nous reprenons la lévomépromazine, mais au quinzième jour une leucopénie à 3.000, sans agranulocytose, nous décide à cesser la médication. Douze électrochocs transforment la malade (effet dès le troisième), qui se maintient guérie, sans médicament, depuis cinq mois.

OBS. 2. — Jeanne M..., âgée de 55 ans, présente une mélancolie anxieuse avec tentative de suicide. Traitée pendant six mois avec la lévomépromazine, sans dépasser 300 mg. (total : 22 g.). Elle s'améliore très lentement en deux mois. Il faut trois mois pour que la malade paraisse guérie, bien qu'elle soit encore parfois inquiète, manque d'entrain et d'activité.

OBS. 3. — D..., âgée de 55 ans, est actuellement traitée depuis plus d'un mois avec 500 mg. de lévomépromazine pour une mélancolie anxieuse avec inhibition importante. Moins inhibée, elle s'alimente, parle, reste inactive et anxieuse, conserve des troubles de sommeil, des cauchemars. C'est le quatrième accès. Nous craignons qu'il se prolonge.

Le troisième accès mélancolique fut guéri en deux mois avec 500 mg. de lévomépromazine (22 g. au total). Amélioration légère au vingt et unième jour (8 g.), nette après un mois (13 g.).

Le deuxième accès mélancolique avait été guéri en cinq semaines par l'électrochoc et le largactil. Le premier accès en trois semaines avec le même traitement.

Les états *excitatifs* ont semblé justiciables de la lévopromazine à L. Anglade, J. Fraillon, P. Maunoury, M. Merceron : 10 guérissons en un mois sur 16 cas, en particulier 7 manies sur 8. P.-A. Lambert a traité 7 maniaques avec des résultats analogues à ceux de la chlorpromazine, — deux cas se stabilisent mieux qu'avec ce dernier neuroleptique. A. Deschamps a eu trois échecs complets. Elle signale le cas d'une déprimée améliorée

par la lévopromazine (100 à 175 mg.) qui, malgré le traitement, devient maniaque et ne guérit qu'avec l'électrochoc. Nous avons observé la même chose chez une malade mélancolique traitée avec 200 mg. de lévopromazine et qui devint maniaque, malgré une évidente lassitude. Sur 11 cas d'excitation, dont 10 manies, nous avons eu 5 guérisons, 2 grandes améliorations, 4 améliorations légères. Nous n'avons pas observé d'inversion thymique dépressive.

Dans les psychoses délirantes chroniques, P.-A. Lambert et collaborateurs indiquent les mêmes effets qu'avec la chlorpromazine, sur 10 cas. Chez 12 de nos malades, nous avons obtenu 5 grandes améliorations et 7 améliorations légères. L'atténuation de l'anxiété et de l'activité délirante, hallucinatoire ou non, s'observe comme avec la chlorpromazine. Donnons-en deux brèves observations.

OBS. 4. — Marie M..., âgée de 40 ans, présente depuis deux ans une psychose hallucinatoire et interprétative à thèmes persécutif, sexuel et mégalomane, dont la structure assez lâche confèrait au délire un aspect plus paranoïde que paranoïaque. Sthénie subexcitative. D'abord traitée par 300 mg. de chlorpromazine, puis 600 mg., et treize électrochocs, la malade au bout d'un mois ne délire plus, se montre calme, affectueuse avec son mari. Après l'arrêt de tout traitement la malade demeure pendant trois semaines apparemment guérie, puis rechute. Traitée alors avec 400 mg. de lévomépromazine, nouvelle amélioration en trois semaines, puis disparition de l'activité délirante avec conservation de la conviction morbide. Bon contrôle. Sortie depuis six mois, prend encore 150 mg. de lévomépromazine. N'a pas eu de phase dépressive en cours de traitement.

OBS. 5. — Jeanne N..., âgée de 47 ans, souffre depuis un an d'une psychose hallucinatoire, avec syndrome d'automatisme mental. Thème persécutif moderne (radio, radar, Spoutnik). Subexcitation euphorique. Médiocrité intellectuelle.

Traitée par 600 mg. de lévomépromazine, est très améliorée après trois semaines. Calme, n'offre plus d'hallucinations ni de phénomènes d'automatisme mental, mais conserve une conviction délirante intacte; asthénisée, somnolente. La leucopénie de la formule sanguine nous fait remplacer le médicament par le largactil. La malade sort au bout de trois mois.

Dans trois cas de bouffée *oniroïde confusionnelle*, une grande amélioration, deux améliorations légères. A. Deschamps cite une guérison en 10 jours d'une confusion mentale onirique traitée

sans succès par cinq électrochocs. Pour Letailleur, trois bouffées délirantes dépressives avec deux améliorations, un échec. P.-A. Lambert indique des « bons résultats » dans 10 psychoses aiguës confusionnelles ou délirantes.

III. — INCIDENTS ET COMPLICATIONS

On en observe comme avec les autres neuroleptiques, mais avec une fréquence et des modalités un peu différentes. La posologie intervient, sans être seule en cause dans bien des cas. Certains tiennent le médicament pour anodin, d'autres, comme Fouks, formulent d'assez sombres réserves.

1° Il existe un syndrome d'*imprégnation* neuro-psychique manifeste dès le début du traitement et à doses faibles ou modérées. Il s'atténue ou s'aggrave selon la posologie et la tolérance du sujet. Un phénomène d'accoutumance s'observe parfois, comme avec la chlorpromazine.

Bien qu'il soit comparable à l'imprégnation chlorpromazinienne, comme le disent P.-A. Lambert et collaborateurs, le syndrome lévopromazinien peut être plus particulièrement qualifié « d'asthénio-aboulie » : asthénie, fatigabilité, difficulté de l'effort mental et physique, sentiment d'anéantissement, de vide, — sans la teinte vaguement euphorique du syndrome chlorpromazinien, ni la teinte morose et grincheuse du syndrome résépinien, que nous avons antérieurement soulignées. Engourdissement, torpeur annoncent la somnolence diurne. Pâleur et parfois légère bouffissure du visage complètent le tableau d'imprégnation toxique (1).

2° Les complications *neuro-psychiques* relèvent pour une part de l'aggravation du syndrome d'imprégnation.

On peut voir un syndrome excitatif partiel constitué par des paresthésies et algies dans les membres, des « impatiences » musculaires avec déambulation, une insomnie légère nocturne. Il se rencontre aux doses faibles et même fortes.

Le plus souvent, à doses moyennes ou fortes, se réalise un syndrome d'inhibition, caractérisé par l'inertie et l'inactivité complètes, la somnolence diurne, l'absence de spontanéité, l'apathie.

Le syndrome extra-pyramidal se rencontre sans qu'il faille obligatoirement 400 mg. pendant un mois, comme l'affirme

(1) G. Collier et A. Martin ont remarqué l'inefficacité de l'heptaminol sur cette asthénie, en dépit de l'action tonique cardio-vasculaire. C'est que l'asthénie ne dépend pas de l'hypotension mais d'un effet déprimeur central.

P.-A. Lambert. L'aspect figé, l'hypertonie, la bradykinésie plus ou moins notable, existèrent dans 25 % des cas, en général à partir de 300 mg. Le phénomène de la roue dentée n'apparaît guère qu'avec 300 ou 400 mg., moins fréquent (15 %). Il se manifesta dès le 5^e jour avec 400 mg. chez l'une de nos malades. Le tremblement digital ou digito-lingual était notable dans 20 % des cas, à partir de 300 mg., parfois très vite (dès 4 g., avec 350 mg.). Quoique nous n'en ayons point observé, le syndrome catatonique n'est pas exclu, — l'activité cataleptique expérimentale étant de même ordre que celle de la chlorpromazine.

L'hyporéflexie tendineuse se rencontre comme l'hyperréflexie. Sans doute s'agit-il de modalités réactionnelles individuelles en rapport avec des phases d'action différente selon la posologie.

Un cas de parésie des muscles de la nuque, avec 300 mg., est signalé par P.-A. Lambert et collaborateurs.

Signalons des troubles visuels dans 8 % des cas, à des doses très variables (150, 300, 500 mg...). Sensation de brouillard, de trouble de la vision de près, de fatigue visuelle très rapide. Parésie très légère de la musculature oculaire ? Modifications tensionnelles des milieux réfringents ? Les examens ophtalmologiques pratiqués à cette occasion n'ont rien révélé.

L'incontinence urinaire intermittente, diurne et nocturne, atteint 6 % des malades, plus ou moins âgées, et à partir de 300 mg. Diminution de vigilance, atonie musculaire.

Une crise hypertonique analogue au syndrome observé avec la prochlorpérazine a été observé par G. Collier et A. Martin. Au 12^e jour, à 300 mg., en association avec artane et heptaminol, se produit un accès hypertonique avec orthotonos, trismus, exagération des réflexes de posture, roue dentée, élévation du potassium sérique à 245 μ c. Disparition en trois jours. Récidive avec une petite dose de lévopromazine.

On n'a pas noté de troubles épileptiques. L'électroencéphalogramme ne paraît pas modifié de façon caractéristique (M. Ie-tailleur), ou s'améliore avec l'amélioration clinique (L. Anglade). L'examen de huit malades nous a montré chez quatre d'entre elles un excès de rythmes rapides, avec hyperexcitabilité neuro-nique, et chez les quatre autres des rythmes lents, sans corrélation évidente avec la posologie.

Rare est la congestion nasale (fortes doses).

3° Les troubles *digestifs* se traduisent surtout par la sécheresse buccale et la constipation, même à doses modérées.

Fréquence de la sialorrhée (30 %) avec les doses moyennes et

fortes. Elle peut être aussi importante qu'avec la réserpine et s'associe alors à un syndrome moteur strié.

Deux cas de vomissements. Dans l'un, 150 mg. seulement étaient supportés.

Pas d'ictère imputable à la médication. Pas de modifications des tests hépatiques, du cholestérol, mais réactions de Gmelin et Hay positives, sans qu'il y ait de sels ni de pigments biliaires dans les urines (P.-A. Lambert).

4° Les troubles *hémato-cardio-vasculaires* méritent peut-être plus d'attention.

Les auteurs soulignent les lypothymies et syncopes orthostatiques par *hypotension* artérielle. Ces incidents ne nous ont pas paru beaucoup plus fréquents qu'avec la chlorpromazine. Ils n'exigent, à notre sens, ni l'alitement systématique, ni une posologie très progressive. La *tachycardie* serait moins fréquente qu'avec la chlorpromazine.

L'élévation de la vitesse de sédimentation a été signalée (P.-A. Lambert).

Dans trois observations, une *hémoptysie* se produisit en cours de traitement : deux démentes précoces catatoniques âgées de 40 et 38 ans, une imbécile profonde âgée de 33 ans. Chez une des schizophrènes, un infiltrat tuberculeux probable traité quatre ans auparavant ; chez les deux autres, aucune lésion pulmonaire. Dans les trois cas, temps de saignement et de coagulation à peu près normaux ; abaissement du taux de prothrombine à 35 % ; pas d'autres hémorragies. Les trois malades étaient soumises à des doses fortes (600, 800 mg.).

L'accident mortel que nous relaterons ci-après nous a incités à contrôler la formule sanguine de nos malades. L'examen hématologique d'une trentaine de malades ne nous a rien apporté de démonstratif, si l'on veut considérer combien difficile serait à déterminer la part des variations individuelles et des erreurs éventuelles de laboratoire. Sous ces réserves, relevons toutefois deux caractères tendancieux. D'une part, une tendance *anémique* simple dans 10 % des cas (diminution des hématies de l'ordre de 600.000 à 900.000 éléments). D'autre part, dans 20 % des cas, une tendance *leucopénique* (chute leucocytaire de 8.000 à 3.000, de 6.400 à 4.200, de 6.800 à 3.600, etc...), avec parfois tendance agranulocytaire (polynucléose, tombant de 64 à 48 %, de 72 à 51 %, etc...). La posologie était moyenne ou forte. Mais la formule sanguine est demeurée normale chez des malades traitées longtemps à fortes doses.

La malade de l'observation 5, au 53^e jour de traitement, alors qu'elle recevait 600 mg. depuis 32 jours, se plaignit d'une fatigue plus marquée. Deux jours plus tard, la formule sanguine indiquait une légère leucopénie à 3.800, mais avec 33 % de polynucléaires seulement. Le traitement fut aussitôt suspendu, et des vitamines B₆ et B₁₂ prescrites à hautes doses. Quatre jours plus tard, fièvre à 38°, gorge légèrement érythémateuse ; leucopénie à 2.000, avec chute des polynucléaires à 18 %. Traitement intensifié et complété avec vitamine B₄, vitamine C, pénicilline (1.000.000 d'unités). Guérison en une dizaine de jours.

5° Les troubles *endocriniens* et *métaboliques* paraissent moins fréquents qu'avec la chlorpromazine. La stimulation de l'appétit est moindre, l'engraissement moins fréquent et moins massif qu'avec la chlorpromazine.

La galactorrhée est notable chez la moitié des malades. Il faut, en général, des doses moyennes. L'effet peut se manifester très rapidement (au 15^e jour avec 300 mg., aux 8^e jour et 6^e jour avec 400 mg., etc...).

L'aménorrhée se rencontre parfois.

6° Pas d'accidents *cutanés*, ni de photo-sensibilisation imputables au médicament, du moins jusqu'à présent. Si le fait se confirme, il offrirait un intérêt quant au maniement par un personnel allergique à la chlorpromazine.

7° L'observation suivante nous oblige à ouvrir la fâcheuse rubrique des *accidents mortels*.

Obs. 6. — Aline C..., âgée de 57 ans, fut internée pour une psychose interprétative à thème persécutif, de structure paranoïaque, avec désarroi émotionnel et projection hallucinatoire, anxiété. Evolution depuis deux ou trois ans, précédée d'une longue période hypochondriaque. Emotivité.

Hystérectomie à 37 ans, à la suite d'une salpingite. Pas de signes neurologiques. Tension artérielle : 16-8. Cœur et poumons normaux. Azotémie : 0 g. 40 ‰. Glycémie : 0 g. 91 ‰. Pas d'albuminurie. Examens sérologiques négatifs.

La lévomépromazine fut administrée à doses progressives, en commençant par 100 mg., pour atteindre 600 mg. au bout d'un mois. La malade était améliorée, mais présentait un syndrome neuropsychique médicamenteux net et banal : sécheresse buccale, dysarthrie légère, aspect figé, tremblement (à 400 mg.), troubles visuels subjectifs (à 500), somnolence diurne (à 500).

Au cinquante-septième jour de traitement (27 g. 800), la malade présenta brusquement un état fébrile à 39°, avec frissons et angine érythémateuse, aussitôt traitée par pénicilline et suppositoire bis-

muthique. Au cinquante-neuvième jour, la fièvre persistant, l'angine devenant érythémato-pultacée, la lévomépromazine fut arrêtée (29 g.), et un examen sanguin pratiqué. Il révéla une leucopénie à 2.200, avec granulopénie à 6 %, anisocytose, poïkilocytose (3.420.000 hématies). Pénicilline (4.000.000 d'unités), streptomycine (2 g.), transfusion de 250 cc. de sang frais, n'améliorent pas la malade. Angine persistante, atteinte de l'état général, délire onirique à thème persécutif. Température à 40°6.

Au sixième jour, on ajoute 200 mg. de cortisone. Les transfusions sanguines sont continuées. Leucopénie à 2.800, avec 5 % de polynucléaires. Azotémie : 0,40 ‰.

Au neuvième jour, la température tombe de 40° à 37°5, pincement de la tension différentielle malgré les tonicardiaques. Arrêt des antibiotiques. Au dixième jour, décès par collapsus cardiaque malgré les traitements mis en œuvre.

Sans doute, l'étiologie de l'agranulocytose est-elle variée. Une coïncidence demeure possible. Nous avons souvent et amplement dépassé la dose totale de 29 grammes et la dose journalière de 600 mg. sans accident sanguin. Mais, d'une part, et bien que nous n'en ayons personnellement jamais observé, des cas d'agranulocytose par la chlorpromazine ont été publiés. D'autre part, nous avons eu un deuxième cas d'agranulocytose moins grave et heureusement guéri (obs. 5), avec 600 mg. de lévopromazine, et au 53^e jour. L'analogie des circonstances rend improbable la fortuité des deux événements. La tendance leucopénique et granulopénique notable dans divers examens risque de prendre ainsi une signification plus précise. Soulignons-le, on ne peut incriminer aucune autre substance toxique, car nous n'avions associé aucun autre médicament (anti-parkinsonien, stimulant, hypertenseur, etc...).

P.-A. Lambert et collaborateurs rapportent un décès par hépato-néphrite, chez un homme de 59 ans, ancien gastrectomisé, traité depuis un mois avec la lévopromazine (500 mg.). Il y avait une « leucopénie modérée ».

G. Collier et A. Martin imputent au nesdonal la mort par syncope respiratoire, après un troisième électrochoc, d'une mélancolique anxieuse, âgée de 61 ans, traitée juste avant avec du stémétal et du laudanum, après échec de la lévopromazine (150 mg.). Ce dernier traitement remontant à près d'un mois semble, en effet, devoir être mis hors de cause.

IV. — COMPARAISONS

Si délicates que soient les comparaisons en dehors de conditions expérimentales strictes et dûment critiquées, elles s'imposent en clinique et se dégagent avec quelque netteté sur certains points d'ordre pratique. Essayons de comparer la posologie, les résultats thérapeutiques, les inconvénients de la lévopromazine, de la chlorpromazine et de la réserpine, les associations thérapeutiques.

a) La *posologie* se rapproche évidemment beaucoup plus de celle de la chlorpromazine que de celle de la réserpine. L'équivalence pondérale de la lévopromazine a été estimée aux 2/3 de la dose de chlorpromazine (P.-A. Lambert). On peut l'admettre. Mais l'appréciation reste difficile, car « l'équivalence » varie, entre autres, avec la structure morbide envisagée : 100 mg. de lévopromazine et 100 mg. de chlorpromazine peuvent également réduire une anxiété légère, alors qu'il faudra 200 mg. de la première ou 400 mg. de la deuxième pour une mélancolie anxieuse, ou 600 mg. de lévopromazine et 500 mg. de largactil pour un délire hallucinatoire.

Il semble toutefois que les complications, notamment neuropsychiques, prennent de l'importance à partir surtout de 300 mg. par jour. A 500 mg., on se méfiera plus particulièrement des accidents sanguins.

b) Les *effets* thérapeutiques de la lévopromazine sont assez comparables à ceux de la chlorpromazine, mais avec trois caractères particuliers :

1° Efficacité plus grande (moitié moins d'échec) dans les états dépressifs, surtout mélancoliques. Cela ne signifie pas du tout, selon notre expérience, une action spécifique et exclusive. Aggravation ou rechute dépressive se rencontre en cours de traitement. Les résultats sont trop souvent obtenus au prix d'une prolongation d'un état pathologique torpide, qu'il faut alors liquider avec l'électrochoc. A moins d'obtenir un résultat rapide et rapidement complet, le recours à l'électrochoc s'impose encore.

2° Sous réserve d'une observation plus étendue, ce produit ne paraît pas favoriser ou déclencher des états dépressifs, comme la chlorpromazine et surtout la réserpine. Il n'empêche cependant pas la récurrence.

3° Une moindre efficacité dans la schizophrénie, sans doute à

cause d'un effet déprimeur ou inhibiteur plus puissant. En revanche, au moins autant d'effet que la chlorpromazine et que la réserpine dans les délires chroniques, hallucinatoires ou non.

c) La comparaison des *inconvenients* peut se schématiser dans le tableau ci-dessous :

MÉDI.	TROUB. MOTEURS	ÉPILEP.	ASTHÉ.	DÉPRES.	AMÉNO.	GALAC.	ENGRAIS.	ACCL. CUTA.	ICTÈRE	AGRAVU- LOCYT.
Chlorpro....	++	±	+	±	±	++	+	+	+	±
Reserpine..	+++	+	+	++	+	++	+	0	0	0
Lévopro....	+	0	++	0	±	+	±	0	0	±

Cela doit s'entendre pour une posologie moyenne et une efficacité à peu près comparable.

d) Les *associations* thérapeutiques méritent considération.

Associée avec la chlorpromazine ou la réserpine, la lévopromazine ne nous a pas paru aboutir à des résultats spectaculaires. Par contre, cela précipite ou aggrave visiblement le syndrome toxique d'impregnation. De même avec le procalmadiol à forte dose. L'effet potentialisateur et l'action dépressive et somnique engageraient à utiliser le produit dans les cures de sommeil.

Contrairement à l'opinion de A. Deschamps, et en accord avec celle de P.-A. Lambert, G. Collier, M. Letailleur, nous n'avons constaté aucun inconvénient ou danger particulier dans l'association avec l'électrochoc. Ce dernier n'est pas plus contre-indiqué qu'avec la chlorpromazine. Au contraire, il s'est avéré très utile, nous l'avons vu.

L'insuline peut être combinée, comme certains l'ont déjà pratiqué.

La psychothérapie et l'ergothérapie n'en bénéficient que dans la mesure où le contact s'améliore sans trop asthénier, engourdir ou neutraliser affectivement le malade. Question d'espèce et de conduite thérapeutique, qui se pose avec toute chimiothérapie.

La grossesse ne doit pas constituer une contre-indication, en

tout cas pas plus qu'avec la chlorpromazine. Nous avons traité une femme enceinte de deux mois (jusqu'à 500 mg.) sans accident. L'accouchement s'est accompli sans incidents.

V. — CONCLUSIONS

Sommes-nous en droit de répondre avec certitude aux trois questions posées afin de définir l'intérêt éventuel de la lévopromazine ? Notre étude, jointe aux travaux des divers auteurs, autorise du moins des conclusions nuancées.

1° Globalement, la lévopromazine ne paraît pas plus efficace que les autres neuroleptiques.

2° Elle semble mieux tolérée à faibles doses et à doses moyennes, au moins en ce qui concerne les troubles moteurs extrapyramidaux et les troubles métaboliques.

L'absence de réactions cutanées, de troubles hépatiques, de réaction dépressive est digne de remarque. En revanche, le risque d'agranulocytose, qui devrait être précisé par d'autres observations, de même que le risque d'hémoptysie, voire d'hématémèse, incitent à une certaine prudence.

3° Elle ne possède pas d'action vraiment élective, mais elle agit mieux que les autres neuroleptiques sur les états dépressifs, quand ils sont de structure mélancolique. Comme les autres neuroleptiques, comme les sédatifs nervins traditionnels, elle accorde beaucoup de satisfaction au thérapeute dans les cas légers ou réactionnels dont l'évolution spontanée est favorable.

4° Elle peut donc trouver place dans la composition chimiothérapique en permettant quelques variations sur un thème connu.

BIBLIOGRAPHIE

- ANGLADE (L.), FRAILLON (J.), MAUNOURY (P.), MERCERON (M.). — L'action du 7044 R.P. dans les états d'excitation. *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*, Lyon, 1957.
- COLLIER (G.) et MARTIN (A.). — Traitement des dépressions mélancoliques par la lévopromazine. *Annales médico-psychologiques*, juillet 1958, t. II, p. 300.
- COURVOISIER (S.), DUCROT (R.), FOURNEL (J.), JULOU (L.). — Nouveaux

aspects expérimentaux de l'activité centrale de la phénothiazine. *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*, Lyon, 1957.

DESCHAMPS (A.) et Mme MADRE (J.). — Traitement en psychiatrie par un nouveau neuroleptique (7044 R.P.). *Presse médicale*, 8 juin 1957, p. 1071.

DESCHAMPS (A.) et Mme MADRE (J.). — Résultats d'un nouveau neuroleptique (lévopromazine), dans des cas de démence précoce grave. *Presse médicale*, 5 février 1958, p. 196.

DESHAIES (G.), Mme RICARDEAU (N.) et Mme DECHOSAL (F.). — Chlorpromazine et réserpine en psychiatrie. *Annales médico-psychologiques*, mars 1957, t. I, p. 417.

GAYRAL (Louis) et DAUTY (R.). — Nouvelles chimiothérapies en psychiatrie. *Rapport Congrès de Lyon*, Masson, 1957.

LAMBERT (P.-A.), BEAUJARD (M.), ACHAINTE (A.), BROUSSOLLE (P.), PERLIN (J.), BERTHIER (C.), BALVET (P.), REVOL (L.), REQUET (A.). — Essai thérapeutique d'un nouveau dérivé de la phénothiazine, la lévomépromazine ou 7044 R.P. *Annales médico-psychologiques*, juillet 1957, t. II, p. 291.

LETAILLEUR (Maurice), LE BORGNE (Y.) et LEBRUN (Cl.). — Essai de la lévopromazine dans les états dépressifs. *Semaine médicale des hôpitaux de Paris*, 20 juin 1958, p. 758.

SINGER (L.), DOREY (R.), MONDZAIN (M.-L.). — Premiers résultats de l'action du lévopromazine dans les syndromes dépressifs. *Réunion de psychiatrie de Strasbourg*, Nancy, 26 avril 1958.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA LEVOMEPRMAZINE

à la lumière de 61 cas traités de façon systématique

par

GURTLER, SOOS et HAUMONTE (de Rouffach)

Nous avons entrepris ce petit travail sur la lévomépromazine sans grande prétention au début ; toujours à la recherche de nouvelles méthodes de traitement, et surtout de nouveaux neuroleptiques qui nous permettent d'améliorer l'état de nos malades, et en particulier de nos malades chroniques, nous avons commencé à traiter ces malades sans avoir un plan préconçu, mais nous nous sommes vite aperçus que la lévomépromazine était d'une part un médicament intéressant et que, d'autre part, ses effets se sont avérés souvent nettement différents de ceux décrits par les auteurs qui ont fait jusqu'à présent des communications à ce sujet (Sigwald, Faure, Deschamps, Lambert et Achaintre). En partant de ces premières impressions, nous nous sommes attachés à poursuivre un travail aussi méthodique que possible et nous avons été en mesure, grâce aux efforts de l'un d'entre nous, de faire état de notions assez précises, découlant de l'étude systématique de 61 cas, aussi bien chroniques que récents. Nous allons exposer dans ce qui va suivre les impressions que nous avons eues en ce qui concerne l'utilité et le mode d'action de ce produit nouveau. Nous voudrions souligner que notre étude n'a aucune prétention. Telles que, nous pensons que nos constatations pourront présenter un certain intérêt et apporter une contribution aussi bien en ce qui concerne l'étude des neuroleptiques eux-mêmes, qu'en ce qui concerne leur rôle dans le traitement des malades mentaux, sans vouloir pour cela porter un jugement trop définitif.

Voici comment nous avons procédé : comme nous l'avons déjà dit, nos essais ont porté sur 61 malades (54 femmes et 7 hom-

mes). Nous avons suivi les indications conseillées par les différents auteurs en ce qui concerne les entités nosographiques sur lesquelles nous devons agir. Nous devons souligner qu'il s'agit de très anciens malades dans la majorité des cas, dont certains sont hospitalisés depuis au moins 10 ans et chez lesquels tous les traitements, aussi bien de choc que neuroleptiques, ont donné des échecs plus ou moins définitifs. Nous avons donc traité : 23 états mélancoliques, déprimés simples ou graves, dont le nombre peut être subdivisé en 12 mélancolies aiguës et récidivantes, 11 mélancolies chroniques ou subaiguës ; 9 syndromes schizophréniques anciens, 6 délires chroniques hallucinatoires ou non, 10 manifestations périodiques chez les oligophrènes : 5 idiots et 5 débiles mentaux (l'action envisagée portant sur un épisode d'agitation), 4 syndromes maniaques, 3 caractériels déséquilibrés en phase d'agitation, 2 états obsessionnels, 2 épilepsies (états confuso-oniriques d'origine épileptique), une psychose hypocondriaque, une psychose de Korsakoff.

Nous avons essayé l'action du médicament aussi bien de façon isolée (34 cas) qu'après une cure de sismothérapie (22 cas) et dans le cadre d'une cure de sommeil (10 cas, parmi lesquels nous comptons également les malades traités auparavant par la lévomépromazine, sans avoir obtenu de résultat). Nous pouvons dire d'ores et déjà que, dans des cas bien définis, la lévomépromazine donne des résultats plus spectaculaires en agissant seule, et dans d'autres après électrochoc. Dans un but purement expérimental, nous avons toujours commencé par utiliser la lévomépromazine seule ; nous n'avons eu recours à d'autres méthodes de traitement qu'après échec, sauf toutefois pendant la cure de sommeil où nous avons adjoint à la lévomépromazine les barbituriques habituels.

En ce qui concerne la posologie et la conduite du traitement, celles-ci ont toujours été effectuées suivant les mêmes modalités, étant donné que nous n'avions pas affaire à des malades ambulatoires, sauf en cas de sortie, après amélioration, auquel cas nous avons eu recours à la dose minima (50 mg. en deux prises par jour).

Nous avons commencé chez nos sujets, dont certains étaient atteints de déficience physique (surtout redevable à l'artériosclérose), avec des doses de l'ordre de 50 mg. par jour, en augmentant progressivement jusqu'à 100 ou 200 mg. en quatre prises, jusqu'à sédation des symptômes, sauf dans le cas d'apparition d'incidents ou accidents, auquel cas nous avons diminué les

doses d'emblée. Il faut signaler que, dans certains cas et en raison d'accidents ou d'incidents spectaculaires, il a fallu cesser toute administration du médicament au bout d'une semaine. Les cinq cas pour lesquels nous avons procédé ainsi ne figurent pas dans notre statistique. Dans les cas où le malade avait l'air de bien supporter le médicament et où l'on ne pouvait noter ni accident ni incident, nous avons augmenté la dose du médicament jusqu'à concurrence de 300 mg., toujours en quatre prises. Dans un seul cas (il s'agit d'un homme de 50 ans atteint de manie délirante), nous avons augmenté la dose jusqu'à 800 mg. ! Il nous faut souligner que les malades, après un repos au lit pendant la première semaine, se sont levés régulièrement, sauf incident, et ont même continué à travailler dans le cadre de l'ergothérapie. En tout cas, le repos en décubitus total n'a guère été nécessaire que les trois ou quatre premiers jours chez certains malades, les autres ont pu se lever dans les 24 ou 48 heures.

Nous avons fait varier la durée du traitement selon les réactions, mais non pas suivant les indications. Dans la majorité des cas, le traitement a duré sans interruption pendant trois à quatre semaines. En cas de succès, nous avons ensuite donné une dose d'entretien durant trois à quatre mois. Certains de nos malades continuent toujours leur cure de lévomépromazine à la dose de 50 mg. *pro die*.

ANALYSE DES RÉSULTATS OBTENUS

Ici, nous allons ouvrir une parenthèse qui nous paraît importante. Nous allons subdiviser les résultats en deux formes : ceux obtenus *pendant la durée de la cure* même (et que nous appellerons résultats temporaires), et ceux qui nous paraissent devoir être définitifs et qui se maintiennent *après cessation de toute absorption de ce médicament* (résultats définitifs).

Nous pouvons dire que nous avons obtenu globalement, et sans tenir compte de la méthode appliquée (lévomépromazine seule, lévomépromazine après électrochoc, lévomépromazine dans la cure de sommeil), les résultats suivants :

MÉLANCOLIE : 23 cas traités.

Résultats temporaires : 7 très bons, 7 bons, mais moins spectaculaires, 3 très légers et 6 échecs francs.

Résultats définitifs, portant sur des malades soignés depuis quatre mois et dont certains sont déjà sortis de notre service et n'ont pas été réadmis jusqu'à présent : 5 très bons, 4 notables (il s'agit de malades pour la plupart anciens dont l'amélioration

n'est pas suffisante pour justifier une sortie et dont la réinsertion sociale est difficile à réaliser, mais qui travaillent efficacement à l'intérieur de l'établissement), 3 améliorations faibles (très anciennes malades grabataires et agitées qui actuellement, tout en restant grabataires, sont moins agitées et plus calmes). Il s'agit en somme d'un effet palliatif ; 11 échecs.

SCHIZOPHRÉNIE : 9 cas traités (malades très anciens).

Résultats temporaires : 2 très bonnes améliorations, 3 bonnes, 2 légères et 2 échecs.

Résultats définitifs : il est à souligner que ceux-ci sont beaucoup moins probants que dans les syndromes mélancoliques : 1 très bon, 3 bons, 1 faible et 4 échecs.

Délires chroniques : 5 cas traités.

Résultats temporaires : pas de très bons, 1 bon, 2 faibles, 2 échecs.

Résultats définitifs : 3 très faibles, 2 échecs.

IDIOTIE : 5 cas traités.

5 échecs, aussi bien de façon temporaire que définitive.

DÉBILITÉ : 5 cas traités dont une cure interrompue (dyspnée grave).

Résultats temporaires : 2 faibles, 2 échecs.

Résultats définitifs : 2 faibles, 2 échecs.

SYNDROMES MANIAQUES : 4 cas traités.

Résultats temporaires : 1 bon, 2 faibles, 1 échec.

Résultats définitifs : pas de très bon, 3 bons, 1 échec.

CARACTÉRIELS ET DÉSÉQUILIBRÉS : 3 cas traités.

Résultats temporaires et définitifs : 2 bons, 1 faible.

ETAT OBSESSIONNEL : 1 cas traité : 1 échec.

EPILEPSIE : 1 faible résultat qui reste définitif.

PSYCHOSE HYPOCONDRIQUE : 1 cas traité : 1 échec aussi bien temporaire que définitif.

Nous avons été obligés d'interrompre, en raison d'incidents, cinq traitements : un délire chronique, une débilité mentale, une épilepsie, un état obsessionnel, un syndrome de Korsakow.

LEVOMÉPRIMAZINE APRÈS ÉLECTROCHOC

En règle générale, nous avons appliqué le traitement par la levoméprimazine après quelques séances d'électrochocs (6 à 8 séances). Ce traitement a été appliqué dans 22 des cas cités.

Après électrochoc seul, les résultats sont les suivants : 7 très bons, 3 bons, 5 moyens et 7 échecs.

En instituant, après électrochoc, le traitement par la lévomépromazine, les résultats sont les suivants :

Résultats temporaires : 6 très bons, 5 bons, 6 moyens, 5 échecs.

Résultats définitifs : 4 très bons, 4 bons, 2 moyens, 12 échecs.

Comparaison des résultats d'après les modalités de la cure

CURE DE L. APRÈS EC.	+++	++	+			CURE DE L. ISOLÉE	+++	++	+	-	
	7	3	5	7	22						
	10*		12**								
Pendant la cure de L.	6	5	6	5	22	Pendant la cure...	3	9	7	15	34
	11*		11**				12*		22**		
Après la cu- re de L..	4	4	2	12	22	Après la cure.....	2	8	9	15	34
	8*		14**				10*		24**		

* comprenant les très bons et bons résultats.

** très faibles et échecs ensemble.

Comparativement à ces résultats, nous pouvons citer les résultats obtenus par la cure de lévomépromazine seule sans électrochoc préalable : 3 très bons, 9 bons, 7 moyens et 15 échecs (*temporaires*), et 2 très bons, 8 bons, 9 moyens et 15 échecs (*définitifs*).

COMMENTAIRES

Après avoir additionné les très bons résultats avec les bons, les moyens avec les échecs, nous pouvons faire état des résultats suivants :

après *sismothérapie seule* : 10 résultats positifs, 12 négatifs (rapport échec/guérison : $12/10 = 1,2$) ;

après *sismo + cure de lévomépromazine* : rapport : $11/11 = 1,0$. Il y a donc une amélioration ;

après la *cure de lévomépromazine*, ce même rapport : $14/8 = 1,75$, c'est-à-dire qu'à la fin de cette cure combinée, nous avons obtenu 1,75 échecs pour un malade guéri ;

dans la *cure sans sismothérapie préalable*, le rapport est de $22/12 = 1,8$; après la cure = $2,4$ (2,4 échecs pour une guérison).

Nous pouvons dire que la cure de lévomépromazine après sismothérapie donne de meilleurs résultats que la cure de lévomépromazine seule ou la sismothérapie seule. Il est à souligner que, n'ayant utilisé la sismothérapie que dans les cas les plus graves, les résultats obtenus n'en semblent que meilleurs. Il est toutefois à remarquer que, dans les mélancolies chroniques ou subaiguës, la lévomépromazine seule semble mieux agir que la cure combinée avec sismothérapie préalable.

A la lumière de ce tableau, nous constatons, qu'au contraire, les résultats définitifs dans les mélancolies récidivantes sont meilleurs après sismothérapie préalable. Ainsi, dans ce cas : rapport échec/guérison = $0,4$ ($2/5$). Dans les cures de lévomépromazine seule : $4,0$. Les résultats accusent une tendance inverse dans les cas chroniques comme nous venons de le dire.

La combinaison électrochoc suivie de lévomépromazine donne des résultats très faibles, alors que la cure seule est plutôt favorable : rapport échec/guérison = $6,0$ (échecs) ; rapport échec/guérison dans la cure de lévomépromazine pure = $0,6$ ($0,6$ échec pour une guérison). Nous pouvons donc conclure que, dans les cas chroniques, les résultats sont 10 fois meilleurs après électrochoc préalable.

Il en résulte, et cette conclusion se présente toute seule à l'esprit, qu'il vaut mieux dans les formes chroniques (comme dans les schizophrénies) ne pas utiliser la sismothérapie, mais commencer la cure d'emblée ; par contre, dans les formes récidivantes et aiguës, commencer avec quelques séances de sismothérapie.

UTILISATION DE LA LÉVOMÉPRMAZINE DANS LES CURES DE SOMMEIL

Nous avons eu recours dans plusieurs cas à la cure de sommeil à base de lévomépromazine. Si nous avons voulu expérimenter l'action de ce médicament dans les cures de sommeil, c'est en raison de l'effet hypnogène de ce médicament que nous avons constaté dans certaines cures avec la lévomépromazine seule, sans adjonction d'autres médicaments.

Nous avons essayé la cure de sommeil chez 10 malades femmes, dont 5 mélancoliques âgées de plus de 50 ans, 2 jeunes débiles pithiatiques, 1 maniaque, 2 épileptiques caractérielles agitées. Nous avons constaté que la lévomépromazine seule pro-

curait le sommeil dans tous les cas. Nous avons administré d'une façon générale quatre comprimés (100 mg. de lévomépromazine) avec adjonction de quatre cachets (400 mg. de nembutal), par jour, en deux ou trois prises suivant les cas. Nous avons, en effet, essayé de limiter les prises hypnogènes à deux, alimentant les malades le matin et le soir. Suivant les nécessités, nous avons ajouté, à la lévomépromazine et au nembutal, de l'hydergine (40 gouttes pour les malades scléreuses avec angio-spasmes), du laudanum (40 gouttes pour une seule malade très anxieuse), de l'imménocet (2 à 3 comprimés pour obtenir un sommeil plus profond et plus prolongé).

Nous avons constaté qu'avec ces doses relativement faibles d'hypnogène, les malades dormaient de 14 à 16 heures par jour et même davantage dans certains cas. Pendant la première semaine, le sommeil s'avère toujours plus profond et plus prolongé que pendant les semaines suivantes ; pour obtenir un sommeil satisfaisant, il faut alors augmenter les doses de barbituriques, mais dans une proportion moindre que dans les cures de sommeil habituelles. Il a été intéressant de constater que nous n'avons eu aucun incident ou accident chez des vieilles malades artérioscléreuses, malades qui s'avèrent d'habitude assez sensibles à la lévomépromazine (chez une épileptique, nous avons constaté au 6^e jour un état de mal comitial).

Résultats constatés : Toutes les mélancolies ont été améliorées au cours de la cure, mais, à la fin, nous ne pouvions parler de guérison que dans un seul cas : le maniaque a guéri complètement ; aucune amélioration pour les deux débiles et les deux épileptiques.

Ces résultats apparemment faibles sont dus, à notre sens, au fait qu'il s'agit de malades chroniques qui étaient jusqu'à présent rebelles à n'importe quel traitement.

Nous pouvons conclure que la lévomépromazine constitue une excellente base pour l'endormissement. En effet, en donnant de la lévomépromazine, il ne faut que la moitié de la dose habituelle de barbituriques ; on relève un certain nombre de nos malades qui dormaient pendant 14 à 16 heures avec la cure de lévomépromazine seule. Ceci est intéressant, en ce sens, que l'emploi de la lévomépromazine diminue le danger d'une intoxication barbiturique.

Après avoir terminé ces travaux, nous avons encore pu faire six cures de sommeil nouvelles qui ne figurent pas dans la statistique précédente. Il s'agit de cinq mélancoliques aiguës ou

récidivantes et un délire hallucinatoire chronique. Nous avons administré la lévomépromazine et le nembutal pendant 30 jours. Avec la dose moyenne de 100 mg. de lévomépromazine et 40 cg. de nembutal par jour, les malades dormaient de 14 à 16 heures par jour.

Les résultats : 3 guérisons et 2 échecs pour les mélancolies et une bonne amélioration pour le délire hallucinatoire chronique. Nous n'avons noté aucun incident.

INCIDENCES PHYSIOLOGIQUES. INCIDENTS ET ACCIDENTS

Nous allons tout d'abord relever un fait, qui à notre sens est capital. A l'encontre de l'opinion de certains auteurs qui ont cru mettre en évidence une action elective de la lévomépromazine sur le système réticulé activateur ascendant de Maguzzi et Magun, donc sur le système central sympathique, nous croyons avoir mis en évidence le contraire, à savoir une action elective sur le centre parasympathique, c'est-à-dire sur le noyau végétatif pontobulbaire. Pour prouver cette opinion, nous avons relevé les faits suivants : le syndrome somatique présenté par certains malades traités par la lévomépromazine se rapproche de façon frappante aux effets produits par l'administration de scopolamine, atropine ou autres parasympathicolytiques, à l'encontre de ce qui se produit chez des malades traités au largactil, stémétill, etc... C'est ainsi que ces derniers neuroplégiques et plutôt sympathicolytiques ont souvent comme effet secondaire un syndrome pseudo-parkinsonien et ne sont jamais par contre à l'origine de phénomènes respiratoires dépressifs. La lévomépromazine, comme d'ailleurs le phénergan et d'autres antihistaminiques, sont souvent à l'origine d'un état de somnolence, d'hypotonie musculaire et d'accidents respiratoires assez spectaculaires sur lesquels nous allons revenir dans ce qui va suivre.

Un autre point qui nous paraît important est le fait qu'on peut arriver à supprimer certains accidents dus aux neuroleptiques (largactil) par l'administration de lévomépromazine. L'intérêt de cette constatation n'échappera à personne, car on pourra administrer la lévomépromazine en cas d'intolérance du largactil avec, parfois, des effets supérieurs et moins toxiques.

Nous avons renoncé à traiter séparément les effets psychiques et physiques, car ils ressortent d'eux-mêmes dans les accidents et incidents qui peuvent survenir pendant l'administration de la lévomépromazine.

C'est ainsi que nous avons observé, dans la presque totalité

des cas traités à la lévomépromazine et dès le début de ce traitement, une somnolence plus ou moins accentuée, et celle-ci a persisté dans tous les cas pendant 6 à 10 jours ; dans 9 des cas traités, elle a été accentuée ; pour 2 cas, la lévomépromazine seule a réalisé une cure de sommeil véritable (16 à 18 heures de sommeil sans adjonction d'autres médicaments et en particulier de barbituriques).

A la lumière de cette expérimentation, nous sommes tentés de conseiller l'adjonction systématique de la lévomépromazine dans n'importe quelle cure de sommeil et ceci parce qu'à notre sens, la lévomépromazine s'avère beaucoup plus efficace comme adjuvant de la cure de sommeil que le largactil ou le phénergan. Remarquons que le sommeil causé par la lévomépromazine va toujours de pair avec une hypotonie musculaire et myasthénie, sans pour cela diminuer la vivacité des réflexes ostéo-tendineux. Le malade se sent faible, devient apragmatique, reste volontiers couché ; de toute façon, comme nous l'avons déjà remarqué, il vaut mieux le laisser au lit au début de la cure pour éviter certains accidents syncopaux. En ce qui concerne la tension artérielle, elle reste en général inchangée. Il arrive quelquefois qu'elle s'abaisse de façon assez spectaculaire. C'est d'ailleurs cette chute de tension qui explique les vertiges, la pâleur du faciès, les céphalées, que nous avons si souvent notés pendant la cure.

Les symptômes que nous venons de citer constituent des incidents précoces, survenus dès le début de la cure. Il s'agit là de symptômes qui ne se sont jamais avérés dangereux, qui sont presque inévitables et qui ne constituent en aucune façon une contre-indication.

Il nous reste des complications qui sont plus dangereuses et constituent la seule contre-indication de la cure : ce sont les dyspnées. Il est à remarquer que ces dyspnées sont toujours à type vagoparalytique par inhibition centrale. Elles peuvent se présenter à n'importe quel moment, dès le premier jour parfois (et, dans ce cas, il s'agit presque toujours d'atteinte bulbaire de nature artériosclérotique ou encéphalitique), ou, le plus souvent, plus tard parfois, même au bout de plusieurs mois de traitement. La dyspnée avec cyanose des extrémités constitue un symptôme particulièrement menaçant et doit commander l'interruption immédiate de la cure. Dans un cas comme cela, fait assez rare, nous avons obtenu de bons résultats en instituant une cure à forte dose de maxiton et de lobéline en injections intraveineuses.

Nous allons citer, en raison de son intérêt, l'observation d'une autre malade qui, au contraire, est décédée au cours de la cure de lévomépromazine.

OBSERVATION N° 45. — E... Marie, âgée de 69 ans, est admise une première fois du 11 avril 1956 au 14 juin 1956 pour syndrome mélancolique. Une cure de largactil permet sa sortie. Le 7 août 1957, réhospitalisation pour mélancolie. Serpasil et largactil administrés sans résultat. Du 16 octobre au 23 octobre 1957, quatre électrochocs plus cure de testoviron : amélioration légère. Du 21 novembre au 9 décembre 1957, subit un traitement à la lévomépromazine (100 à 200 mg., puis 100 mg. *per os* par jour). A noter que cette malade est atteinte d'artériosclérose. Elle présentait une tension artérielle de 15-10 au Vaquez. Dès le début de la cure, dort toute la journée, s'agite pendant la nuit. Au quatorzième jour, l'état général fléchit. Au dix-huitième jour, apparition des troubles pseudo-parkinsoniens des doigts et des membres supérieurs. Au vingtième jour s'installe une dyspnée grave. Des signes neurovégétatifs très nets se révèlent à l'examen : faciès pâle, cyanose. Les symptômes neurologiques : nystagmus horizontal latéral droit, tremblement parkinsonien des membres supérieurs, langue déviée à droite, trémulations de la langue. Hyper-réflexie. L'ensemble de ces signes traduisent très nettement une atteinte ponto-bulbaire. La tension artérielle est de 14-8 ; le pouls de 140.

Une complication, normale d'ailleurs, de cette localisation bulbaire a été l'apparition d'un œdème pulmonaire. L'ensemble de ces symptômes nous fait supprimer la lévomépromazine. La médication tonocardiaque est administrée, mais la malade meurt au bout de quatre jours. L'autopsie révèle un œdème pulmonaire. L'examen macroscopique du cerveau a été pratiqué et ne révèle rien de particulier. L'examen histopathologique n'a pu être pratiqué jusqu'à présent.

Il est à noter que nous avons observé dans un seul cas une augmentation de la tension artérielle, d'ailleurs temporaire. Avant l'apparition d'un tremblement continu, nous avons pu observer épisodiquement un tremblement sous forme de frisson ou sous forme statique ; plus tard, un tremblement parkinsonien.

En tout cas, nous avons observé que la lévomépromazine n'est pas comme les autres neuroleptiques (largactil, stémétil) à l'origine d'une hypertonie musculaire à allure pseudo-parkinsonnienne ; bien au contraire, elle peut améliorer, bien que temporairement, un tel état.

Amélioration d'un syndrome pseudo-parkinsonien postencéphalitique

H... Babeth, âgée actuellement de 62 ans, est entrée à l'hôpital psychiatrique le 1^{er} juillet 1948 pour délire chronique. Aucun traitement n'a été suivi de façon continue chez cette malade. Le 23 novembre 1957, nous instituons une cure de lévomépromazine, à raison de 100, 200, puis 100 mg. *per os* pendant quatre semaines. L'état physique est satisfaisant. Tension artérielle : 14-11. Pouls : 124. Elle présentait un syndrome hémiparkinsonien gauche : tremblement, rigidité, piétinement du pied gauche. Au cours du traitement, la malade se plaint de somnolence, de fatigue. Dès la quatrième semaine, syncopes fréquentes, nous obligeant à interrompre la médication. Tension artérielle : 13-9. Pouls : 140. La cause soupçonnée en serait une atteinte du tronc cérébral postencéphalitique. Les idées délirantes n'ont subi aucun changement ; par contre, le syndrome parkinsonien s'est beaucoup amélioré, sauf le tremblement qui persiste. Ce qui est remarquable et illustre ce que nous venons de dire plus haut, la rigidité s'est transformée en hypotonie. Le traitement n'a pas été repris. La rigidité réapparaît quelques jours après cessation du traitement. L'action de la lévomépromazine sur le parasympathique est illustrée par le fait que les malades présentent également de la mydriase et de la tachycardie.

Il ressort de nos observations, sans conteste, que les accidents dyspnéiques apparaissent presque toujours chez des malades âgés, surtout chez les obèses et chez ceux qui peuvent être soupçonnés d'une atteinte vasculaire ou dégénérative (au niveau du bulbe). Nous avons observé des dyspnées spectaculaires chez des malades atteints d'un syndrome de Korsakow ancien et dans deux états post-encéphalitiques, ainsi que chez certains artérioscléreux.

Il est impossible de faire ressortir des contre-indications préalables chez tel ou tel malade, car il existe des intolérances individuelles que rien ne laisse prévoir, mais il y a lieu de se méfier et de commencer la cure avec de faibles doses et sous contrôle médical constant, ce qui exclut la cure ambulatoire d'emblée.

Pour illustrer la difficulté d'établir des contre-indications préalablement à la cure, nous livrons l'observation détaillée d'une malade obèse, qui, malgré une néphrite chronique avec atteinte grave du fond d'œil et une hypertonie très accentuée, a très bien supporté la lévomépromazine ; cette cure a même donné une guérison valable, alors qu'elle était atteinte de mélancolie chronique avec anxiété rebelle à tous les traitements antérieurs.

OBSERVATION N° 37. — D... Anne, âgée actuellement de 53 ans, a été hospitalisée douze fois depuis 1927 pour accès maniaques ou mélancoliques. Hospitalisée depuis plus de cinq ans, cette malade présentait depuis un an environ une mélancolie anxieuse grave, avec des idées de suicide et de mort imminente ; grabataire, obésité monstre, rigide, atteinte de néphrite chronique. Tension artérielle variant entre 20-16 et 30-21. Nous instituons une cure de procaine (12 intra-veineuses à 0,40, tension artérielle 18-15). Le 12 décembre 1957, nous prescrivons la lévomépromazine (130, 200 mg., puis 100 mg. *per os*). Dès la troisième semaine, la malade s'améliore, se lève, tricote, sourit, ne présente plus d'idées mélancoliques. Tension artérielle stationnaire entre 20-15 et 22-16. Aucun incident neurologique ou somatique n'a été constaté au cours de la cure, bien au contraire, sa présentation pseudo-parkinsonienne a été nettement améliorée, et même complètement corrigée, par la cure de lévomépromazine, et n'a pas réapparu jusqu'à ce jour, malgré la cessation de la cure. Une hypothèse qui vient immédiatement à l'esprit est une cation possible de la lévomépromazine sur les noyaux ponto-bulbaires extrapyramidaux : système rético-réticulo-spinal et système vestibulo-spinal.

Un autre effet de la cure de lévomépromazine qui nous semble remarquable est la facilitation de l'effet thérapeutique d'autres cures qui la suivent de près : nous avons ainsi observé qu'on peut utiliser dans certains cas, après échec de la cure de lévomépromazine, une cure de sismothérapie. Nous avons ainsi eu d'excellents résultats, tantôt avec les électrochocs, tantôt avec le laudanum ou largactil, après une cure de lévomépromazine échouée. L'observation suivante l'illustre bien :

OBSERVATION N° 28. — O... Philippe, 57 ans, est hospitalisé du 6 décembre 1954 au 1^{er} août 1956 pour mélancolie avec hypocondrie, et surtout anxiété accentuée. Réadmission le 17 août 1956.

Du 11 septembre 1957 au 19 novembre 1957, électrochoc : aucune amélioration. Après cure de laudanum du 15 octobre au 3 décembre 1957 : échec. Injections de testoviron : aucun résultat. Puis lévomépromazine (100, 200, 300 mg. par jour). Pendant le premier mois du traitement, le syndrome anxieux s'atténue. Au bout de trente-deux jours, rechute grave avec angoisse spectaculaire, agitation anxieuse, idées de suicide. On supprime la lévomépromazine. On pratique seize électrochocs avec cure de Sakel modérée (douze séances). La malade est très améliorée, travaille régulièrement et efficacement, dort bien, est plutôt euphorique, au point d'invigorer d'autres malades. Cet état se maintient depuis plus de deux mois sans aucun traitement.

ACTION DE LA LÉVOMÉPRMAZINE
DANS LES DIFFÉRENTES MALADIES MENTALES

Il faut commenter ces résultats avec prudence, étant donné le nombre relativement faible de malades traités.

Sur la *schizophrénie*, effet plutôt calmant, mais l'action sur le fond même de la psychose est nulle ; l'état dissociatif reste tel quel, malgré une très grande amélioration apparente en ce qui concerne le comportement. Il faut bien remarquer que le fond de la maladie, telles que les idées délirantes, les hallucinations et surtout les troubles dissociatifs, reste inchangé.

Pour l'*idiotie*, les cinq cas traités donnent des signes d'agitation plus accentuée, une agitation psycho-motrice incessante qui trouble même le sommeil et qui n'existait pas avant le traitement. Ces cinq cas traités réagissent beaucoup mieux au traitement par le largactil + chloral. Cette constatation contredit celle faite par H. Faure et collaborateurs, qui mentionnent une certaine amélioration dans un pavillon de jeunes. En ce qui nous concerne, nous avons constaté que ces malades deviennent plus excités qu'avant le traitement, même avec de faibles doses. Ce fait est difficile à expliquer. Il est possible que les centres du cerveau atteints dès la naissance réagissent à l'action de ce médicament autrement que les centres normaux, et même parfois de façon diamétralement opposée. Il est possible que cet effet inverse soit dû à l'absence de la régulation à l'étage supérieur. Toujours est-il que les résultats du traitement à la lévomépromazine paraissent rien moins que satisfaisants. Par contre, nous n'avons observé aucun accident qui commanderait une contre-indication formelle. Il faut souligner également qu'il s'agit dans nos cas traités de malades adolescentes et non d'enfants. Un autre résultat divergent, et diamétralement opposé à ceux constatés par certains auteurs, est celui obtenu dans les syndromes maniaques (aucune amélioration par la sismothérapie instituée préalablement à la cure de lévomépromazine). Nous constatons que la lévomépromazine en tant que parasympatholytique agit bien dans les états où l'on suppose que l'excitation des centres encéphaliques, parasympathiques l'emporte sur l'excitation des centres du système sympathique.

L'observation suivante illustre bien cette action :

F... Marie, âgée de 74 ans, a été admise pour la première fois pour manie sénile avec hypertonie vasculaire. Depuis, une autre admission toujours pour le même motif (28 mars 1957). Malgré une cure de ser-

pasil (3 mg. par jour), elle s'avère toujours excitée, excitation qui se manifeste par des querelles incessantes. Le 28 novembre 1957, on institue une cure de lévomépromazine (100 mg.). Dans la première semaine, forte somnolence, la malade devient tranquille. On ne note aucune aggravation de son état artériosclérotique. Il est à noter que son comportement querelleur et parfois agressif cesse, sans que pour autant son euphorie maniaque ait subi le moindre changement. Le 15 mars 1958 on arrête la lévomépromazine à la suite d'une dyspnée.

COMMENTAIRES

EN CE QUI CONCERNE LA LITTÉRATURE DÉJÀ EXISTANTE

Il nous a paru intéressant de reprendre les remarques faites dans la littérature déjà existante et de les confirmer ou de les contredire à la lumière de notre expérimentation. Voici les remarques faites par les auteurs que nous avons cités :

1) Les auteurs semblent être d'accord jusqu'à présent pour affirmer que les indications de la lévomépromazine sont les mêmes que celles de la chlorpromazine, avec cette seule différence toutefois que, dans bien des cas, ces effets leur semblent plus puissants et plus rapides. Ils admettent que ce produit se serait surtout affirmé précieux dans les cures des états dépressifs graves.

En ce qui nous concerne, à la lumière de ce qui précède, il nous semble qu'il convient de ne pas assimiler sans autre forme de procès les effets de la lévomépromazine à ceux de la chlorpromazine, effets qui nous semblent foncièrement différents. Nous sommes d'accord sur le fait que la lévomépromazine agit dans les états dépressifs graves, mais sous certaines conditions (voir plus haut).

2) Les auteurs sus-cités semblent admettre que les propriétés sympathicolitiques l'emportent sur les propriétés parasympathicolitiques. Nous ne sommes pas tout à fait de cet avis. En effet, dans les cas que nous avons observés, l'action parasympathicolitique semble être équivalente à l'action sympathicolitique, quand elle ne l'emporte pas sur celle-ci. Par contre, ce qui nous semble exact, c'est que la lévomépromazine potentialise les effets des barbituriques plus encore que le largactil, et ceci seulement en vue de l'action de ceux-ci.

3) En ce qui concerne la toxicité du produit, les auteurs ont observé que les incidents du type parkinsonien étaient plus rares qu'avec le largactil. Ils ont également remarqué la somnolence du début. Nous sommes d'accord avec la remarque que la lévo-

mépromazine semble supprimer les accidents parkinsoniens dans une certaine mesure, quand ceux-ci existent (c'est d'ailleurs également l'opinion de Sigwald qui a remarqué l'action sur les voies pyramidales et extra-pyramidales).

4) Nous sommes d'accord avec Sigwald en ce qui concerne les résultats excellents et bons dans les états maniaques. Par contre, nous ne sommes pas tout à fait d'accord avec les remarques de Lambert et ses collaborateurs en ce qui concerne l'indication majeure de ce produit dans les syndromes anxieux et délirants.

5) Les différents auteurs disent avoir observé un certain degré de tachycardie, et ceci de façon assez exceptionnelle, sauf Deschamps qui parle de tachycardie obligatoire, et de possibilité de syncope surtout chez les hypertendus. Nous sommes d'accord avec Deschamps, car nous avons presque toujours observé un certain degré de tachycardie.

6) Par contre, nous ne sommes pas d'accord avec Faure qui parle de bons résultats chez les débiles. Nous n'avons constaté aucun résultat dans ce cas. Il faut cependant souligner qu'il ne s'agit pas dans notre cas d'enfants, mais d'adolescentes.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA LÉVOMÉPRMAZINE

1) En ce qui concerne les *indications*, nous avons pu constater sur la base de notre expérimentation que les indications de ce médicament étaient les suivantes :

a) Les mélancolies de n'importe quelle forme, aussi bien en ce qui concerne les formes hypocondriaques que les autres. Il faut bien noter que ce médicament ne peut remplacer la sismothérapie dans les formes aiguës ; par contre, il vaut mieux l'utiliser après sismothérapie pour consolider les résultats.

b) Syndromes maniaques : sous forme de traitement de base dans les cures de sommeil.

c) Comme traitement de base dans n'importe quelle cure de sommeil prescrite pour n'importe quelle indication.

d) Dans les schizophrénies et dans les délires hallucinatoires chroniques, il faut souligner son action palliative, tranquillissante, sans qu'il y ait pour cela la moindre action sur le fond de la maladie même (contrairement à ce qui se passe dans l'administration du largactil et du stémétal).

Remarque : Nous sommes amenés à déconseiller l'administration de ce médicament dans les phases d'agitation de l'idiotie, de la débilité mentale et chez les caractériels épileptiques.

2) Contre-indications :

a) Il faut insister sur la contre-indication absolue de ce médicament chez les malades qui présentent une atteinte du tronc cérébral (chez les pseudo-bulbaires, les artérioscléreux obèses, chez les post-encéphalitiques et chez les alcooliques).

b) Comme nous l'avons démontré, la dyspnée apparue à n'importe quel moment du traitement constitue une contre-indication absolue et qui commande l'interruption immédiate de la cure (il faut souligner que personne n'a signalé ce fait jusqu'à présent, à notre connaissance).

c) Il faut par contre insister sur le fait que l'âge avancé et l'artérioclérose sans atteinte bulbaire ne constituent pas une contre-indication.

d) Comme nous l'avons constaté, la lévomépromazine présente une certaine action anti-parkinsonienne, mais nous déconseillons son administration dans ce cas, en raison de son action dépressive sur les centres respiratoires, préalablement atteints.

Nous allons faire une *remarque importante* en ce qui concerne l'action curative de la lévomépromazine : ce médicament n'objective aucun résultat pendant les 10 premiers jours (sauf en ce qui concerne son action hypnogène). Quand il y a amélioration, elle se manifeste généralement vers la troisième semaine ; mais si le médicament n'a pas agi à la fin de ce délai, il semble définitivement inefficace (il s'agit probablement d'une accoutumance). Quelquefois l'état général du malade périclité et alors c'est parfois la dyspnée tardive. Il faut alors cesser immédiatement l'administration du produit et changer de neuroleptiques le cas échéant.

CONCLUSIONS

En conclusion, l'effet de la lévomépromazine sur le système nerveux central semble comparable à celui des antihistaminiques, en particulier du phénergan. Les accidents neuro-végétatifs d'origine bulbaire semblent démontrer que la lévomépromazine agit à un étage inférieur du tronc cérébral, comparativement au largactil et au stémétil. Naturellement, si la lévomépromazine agit au même niveau du tronc cérébral que le phénergan, nous en référons que son effet est plutôt tranquilisant, ce qui explique son effet excellent dans une cure de sommeil. Mais nous en déduisons également qu'il n'est pas un bon hallucinolytique, comme le stémétil, qui agit à un étage supérieur, étage plus différencié.

En résumé, il nous semble qu'il s'agit là d'une médication intéressante, de laquelle on peut attendre des effets et des résultats concrets dans certains cas bien spécifiés et en respectant scrupuleusement les indications et les contre-indications, en particulier la dyspnée sur l'importance de laquelle nous n'insisterons jamais assez. Il serait bien entendu vain d'en attendre des effets miraculeux et d'en faire un médicament passe-partout.

BIBLIOGRAPHIE

1. ACHAINTE (A.) et coll. — *Les nouvelles phénothiazines dans le traitement de la schizophrénie.*
 2. DESCHAMPS (A.) et coll. — Traitement en psychiatrie par un nouveau neuroleptique (7044). *Presse médicale*, 65/96.
 3. FAURE (H.) et coll. — Sur quelques essais d'application du 7044 R.P. dans un pavillon d'enfants déficients. *Annales médico-psychologiques*, n° 2-3, 1957.
 4. LAMBERT (P.-A.) et coll. — Essais thérapeutiques d'un nouveau dérivé de la phénothiazine... *Annales médico-psychologiques*, n° 2, juillet 1957.
 5. SIGWALD (J.) et coll. — Activité d'une nouvelle phénothiazine en psychiatrie et en neurologie (7044). *Presse médicale*, n° 87, 1^{er} déc. 1956.
-

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance clinique du 10 novembre 1958

M. L. MARCHAND, ancien président

Schizophrénie type démence précoce, hérédité chargée, sclérose cérébrale progressive, par MM. L. MARCHAND et J.-J. RONDEPIERRE.

Il ressort des discussions récentes qui ont eu lieu ici-même que, pour certains auteurs, la schizophrénie est, non une maladie, une entité morbide, mais un état syndromique. A l'étranger, on commence à dissocier encore davantage le syndrome, puisque dans un mémoire important, présenté à l'Organisation mondiale de la santé (1), il est écrit : « Le simple terme de schizophrénie est approprié pour désigner la condition, quoiqu'il y ait de bonnes raisons pour croire qu'il comprend des syndromes hétérogènes avec une structure psychologique commune. » A ces mots, nous pourrions ajouter que des processus organiques cérébraux particuliers correspondent à ces divers syndromes, commandés qu'ils sont par une étiologie aussi variée que tares héréditaires, maladies toxi-infectieuses, dégénérescences abiotrophiques, troubles humoraux, et même traumatismes crânio-cérébraux.

Pendant longtemps, on s'est entendu, tout au moins cliniquement, sur le terme démence précoce, maladie incurable. Bleuler a créé le terme schizophrénie parce que, en se basant uniquement sur des symptômes psychiques, on groupait, sous le terme de démence précoce, des états psychopathiques curables, présentant entre eux certaines ressemblances. Nous pensons qu'il serait important de ne pas rejeter ce terme, ou de préciser : schizophrénie type démence précoce.

Nous présentons un cas dans lequel les constatations héréditaires, cliniques, évolutives, anatomopathologiques, se trouvent réunies.

(1) Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la schizophrénie, établi par un groupe d'études, Genève, 9-14 septembre 1957.

OBSERVATION. — B... entre dans le service de l'un de nous à l'âge de 23 ans.

Antécédents héréditaires. — Père anormal, présente des troubles du caractère. Il est très dur pour les membres de sa famille dont il critique tous les actes. C'est un cyclothymique avec des phases d'excitation et de dépression. Pendant les périodes de dépression, qui durent quinze jours à trois semaines, il ne sort pas et reste souvent couché. Il manifeste des idées hypochondriaques et des idées de persécution. Mère déprimée, décédée pendant que B... était interné. Une sœur du père a eu des troubles mentaux, qui ont débuté à l'âge de 60 ans ; elle n'a jamais été internée. Grand-père paternel : s'est suicidé. Il manifestait des idées de persécution et croyait que tout le monde l'accusait. B... a une sœur intelligente, mais très originale, et un frère qui ne présente aucune tare.

Antécédents personnels. — Aucune maladie grave durant l'enfance. Développement normal. B... était très intelligent, travailleur, doux et émotif. Il a obtenu au lycée le prix d'excellence. Il a été reçu à l'Ecole centrale. Il a toujours recherché la solitude et n'aimait pas le bruit.

Les premières manifestations mentales morbides ont débuté à l'âge de 18 ans par un état dépressif avec crainte et anxiété. Il se croyait un objet de répulsion, pleurait souvent, se disait très malheureux : « Il faut du courage pour ne pas se suicider », disait-il. Il se livrait à des interprétations fausses, avait des accès de rire sans motif, faisait des grimaces. On aurait constaté quelques hallucinations auditives. L'insomnie était rebelle.

Il est alors examiné par un psychiatre, qui ordonne la cessation de tout travail intellectuel et la vie à la campagne. Ces conseils ne sont pas suivis. B... se présente au concours de l'Ecole centrale et il est reçu, mais il n'y entre pas en raison de ses troubles mentaux.

Ses parents l'emmènent alors à la campagne. Il a moins d'accès de rire, fait moins de grimaces. On constate des crises de tremblement, des mouvements stéréotypés des yeux, qu'il ferme « pour ne rien voir », dit-il. Il s'écarte à faire du jardinage ou en courses lointaines.

A 20 ans, il a cessé toute occupation concernant le jardinage, il ne lit plus rien. Il commence à écrire des mots ou des parties de phrases dans tous les sens, sur des bouts de papier. Il dessine un peu et essaie de faire de l'aquarelle.

L'état mental s'aggrave progressivement. B... a des interprétations fausses, des hallucinations auditives et même visuelles. Il dort mal et il a des insomnies avec délire calme et triste. Il se dit exclu de la Société des honnêtes gens de Paris et même de toute la France. Il pleure, s'irrite : « Je n'ai jamais fait de mal à personne, je ne me suis jamais amusé, j'ai toujours travaillé. Si cela continue, je ne serai plus jamais maître, ni de mes paroles, ni de mes actes. »

A l'âge de 23 ans, il est alors hospitalisé dans un établissement psychiatrique. Le certificat de placement est ainsi conçu : « Affaiblissement des facultés intellectuelles et affectives avec préoccupations paranoïdes ; quelques hallucinations visuelles et auditives ; alternatives d'apathie, d'indifférence, d'immobilité, de mutisme, de négativisme et d'irritabilité. Crises de rire, grimaces, gestes stéréotypés, tremblement intermittent des extrémités. Pouls lent. »

Le certificat de 24 heures indique : « Est atteint d'hébéphrénie au début à forme neurasthénique. Sentiment de dépersonnalisation, activité intellec-

tuelle lente, pénible et douloureuse, fatigabilité, distraction et désintérêt du monde extérieur ; tendance à la stéréotypie verbale et aux néologismes, verbiage pseudo-scientifique par troubles de l'association des idées. Inactivité, lenteur des mouvements. Sensation de raideur musculaire. Pâleur et amaigrissement. »

B... se rend compte qu'il est malade. Il a des troubles dans la tête « qui correspondent avec les troubles des yeux et de l'audition », dit-il. Lorsqu'il travaille, les lettres se brouillent et il entend des bruits variables mais pas de voix. Il a été reçu à l'Ecole centrale mais il n'a pas pu y entrer « parce qu'il était trop fatigué » : « Il me semble, dit-il, que je n'ai qu'une autonomie particulière comme une vie indépendante de moi, un double de moi, ce qui n'existait pas quand je jardinais. » Il se regarde dans une glace et il ajoute : « C'est du trijumisme quand on ne sait pas dans quel corps placer sa personnalité. »

Dans le certificat de quinzaine on note : « Est atteint d'hébéphrénie à forme neurasthénique. Légère amélioration depuis son entrée. Mutisme persistant constitué par des impressions cénesthésiques pénibles d'ordre somatique et psychologique. Fatigabilité. Persistance des sentiments affectifs et d'une certaine activité intellectuelle. Activité motrice pénible et ralentie. »

Dès les premiers jours de son internement, B... passe son temps à écrire n'importe quoi, en travers, en long, écriture sur écriture, il noircit du papier. Il dit qu'il prend des notes sur ce qui se passe dans sa tête. Comme langage, toute phrase comporte le mot pensée ou celui de réalité, qui sont répétés plusieurs fois et plus ou moins longtemps. Voici un exemple des stéréotypies verbales : « Toujours la même pensée, la même pensée dans la maison, tout ce qui est de la pensée, tous ces amusements sont dans la pensée, la pensée, ce sont des pensées qui n'appartiennent qu'à ces amusements, ce sont des pensées qui n'appartiennent qu'à ces amusements. »

Un certificat de situation, établi trois mois après son hospitalisation, porte : « Est atteint de démence précoce avec phénomènes catatoniques. Inhibition mentale. Embrouillements du cours des pensées, préoccupations cénesthésiques. »

Un examen de sang est pratiqué ; les réactions de Bordet-Wassermann, de Meinicke, de Kahn, sont négatives. Liquide céphalo-rachidien : tension 40-27, albumine 0,30, Pandy et Weichbrodt négatifs, leucocyte 0, benjoin 00000.22220.00000. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière. Le fond d'œil est normal. Les réflexes tendineux sont vifs, surtout du côté droit. Hypertonie musculaire marquée surtout aux membres inférieurs, ce qui entraîne une démarche raide.

Dans la suite, phases d'agitation avec colère, au cours desquelles il manifeste des idées de préjudice moral et des idées de persécution. Deux ans après son internement, ses parents, pour lui faire plaisir, et non parce qu'il est mieux, demandent sa sortie. Le retour dans la famille est difficile à supporter. Les propos sont incohérents et souvent stéréotypés. B... répète souvent : « Il faut prévenir ma sœur, que des bêtes rouges ne lui rongent pas le cerveau. Ma tête est comme un pot de colle ou de la bougie fondue... Je ne suis plus moi, un autre s'est installé dans ma tête. » L'excitation augmente et il est, de nouveau, hospitalisé ; la durée de son séjour dans sa famille avait duré sept mois. Il était alors âgé de 26 ans.

Le certificat de placement comporte : « Est atteint de démence précoce

avec excitation psychique, incohérence des propos ; idées confuses de persécution ; stéréotypies du langage, répétition fréquente du mot " pensée " ; incapacité de fournir le moindre renseignement. Indifférence émotionnelle. »

A partir de cette époque, B... restera interné ; des permissions de congé dans sa famille lui seront accordées de temps en temps. Les durées de ces congés varient de quelques jours à un mois. Voici quelques notes remises par la famille : « Excitation et cris plus ou moins fréquents. Il crache partout, met tout sens dessus-dessous ; il casse plusieurs objets. Il dit des injures, fait des menaces. Il frappe souvent sa mère et sa sœur. Il paraît halluciné ; il semble entendre des choses désagréables et réagit avec colère ; parfois, il paraît regretter ce qu'il a dit ou fait et pleure. On note, de temps en temps, des phrases lucides parmi les propos incohérents. Il émet des idées de transformation physique. »

A l'hôpital, on ne constate aucun symptôme neurologique de localisation. La démence prend la forme catatonique avec conservation des attitudes provoquées et mouvements stéréotypés. La mémoire est très affaiblie. On ne peut obtenir de B... aucun renseignement, même le plus simple, et souvent les réponses sont absurdes. Il répond par exemple qu'il est à l'hôpital depuis vingt jours quand il y est depuis dix ans. Les propos sont totalement incohérents. Indifférence émotive, désintérêt, incurie. Il fait des grimaces et ses lèvres imitent le groin. Il a des gestes obscènes. Il se masturbe souvent, se tortille la verge, se caresse le ventre. Il est gâteux. Il urine au lit et sous lui. Il se déshabille et se met tout nu ; il a perdu tout sentiment de pudeur. A noter qu'à l'âge de 37 ans il a été opéré d'une sinusite du maxillaire supérieur sans aucune modification de l'état mental.

A l'âge de 43 ans, début d'une anémie de Biermer. Malgré un traitement continu, B... se cachectise. Il meurt à l'âge de 48 ans. Il avait eu, sans aucun résultat, toutes les thérapeutiques connues à l'époque : électroprexie, cardiazol, cure de Sakel, électro-choc, etc.

AUTOPSIE

EXAMEN MACROSCOPIQUE DE L'ENCÉPHALE. — La dure-mère est de consistance normale. La pie-mère se détache facilement du cortex. Sur coupes transversales, le parenchyme a une teinte pâle. Les ventricules ne sont pas dilatés. Aucune lésion macroscopique localisée. Pas de granulations sur le plancher du IV^e ventricule, pas d'athérome des artères de la base. L'hémisphère droit pèse 640 gr., le gauche est du même poids ; le cervelet et le bulbe 160 gr.

ORGANES. — Rien de particulier à signaler.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — *Cerveau* : *Cortex* : pie-mère normale non adhérente. Les lésions sont très accusées au niveau des lobes frontaux.

Au Nissl, la plupart des cellules ganglionnaires ont perdu leur forme pyramidale ; certaines ont pris une forme globuleuse. Leurs prolongements ne sont pas apparents. Atrophie du cytoplasma sans altération notable du noyau, qui est situé excentriquement ; effritement des granulations chromophiles. A noter que peu d'éléments renferment des zones lipo-pigmentaires dans leur cytoplasma. De nombreuses cellules de Betz ont conservé une forme pyramidale et sont moins atrophiées que les autres éléments.

Au Bielchowsky, répartition très irrégulière des primitives fibrilles intracytoplasmiques et diminution de leur nombre. Des éléments ont pris une

forme globuleuse (fig. 1), il ne s'échappe de leur cytoplasma qu'un ou deux prolongements. On ne note aucune satellitose. Les cellules de Betz renferment encore de belles primitives fibrilles.

A l'Hortega, sclérose névroglique sous forme fibrillaire qui a envahi tout le cortex. Les astrocytes renferment un noyau, quelquefois deux ; leur cytoplasma très réduit est à peine indiqué. Les fibrilles très fines et très nom-

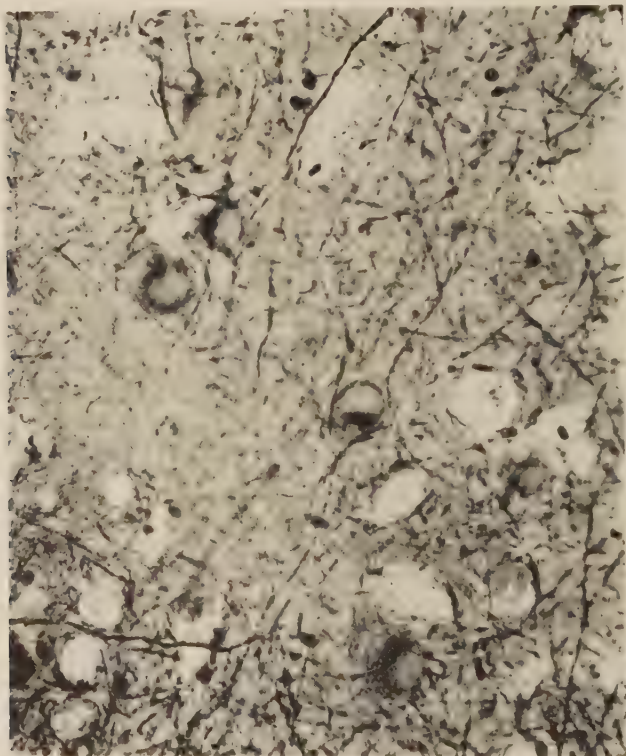


FIG. 1. — R.M.G. Cellules ganglionnaires globuleuses du cortex, raréfaction des prolongements. Méthode de Bielchowsky. Diam. 420.

breuses semblent accolées au noyau et forment un réseau dense (fig. 2). Les fibrilles ne présentent un épaississement qu'au niveau des insertions sur les parois vasculaires. Autour des vaisseaux, les astrocytes ne sont pas particulièrement plus nombreux.

Dans la substance blanche, la sclérose névroglique est également très prononcée, diffuse, mais plus accusée au niveau de la zone sous-corticale, où certains éléments présentent une forme hyperplasique (fig. 3).

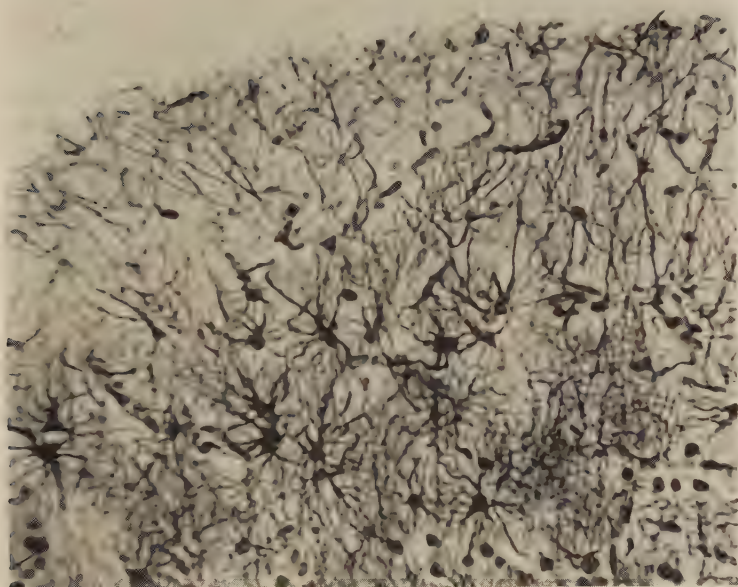


FIG. 2. — R.M.G. Sclérose névroglique du cortex, Astrocytes très fibrillaires. Méthode de Hortega. Diam. 420.

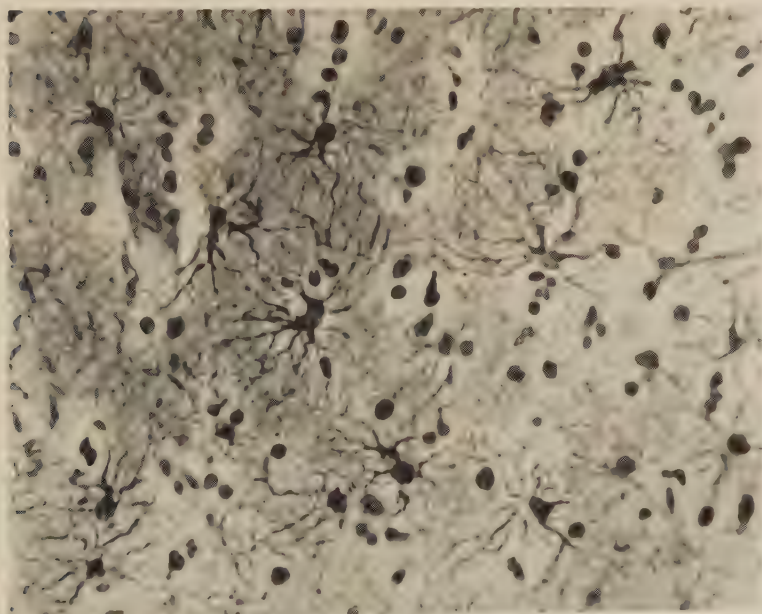


FIG. 3. — 2° FR. DR. Sclérose névroglique. Substance blanche Méthode de Hortega. Diam. 420

On ne note aucune lésions des parois vasculaires ; aucune trace d'œdème cérébral, aucune plaque sénile, ni la lésion d'Alzheimer.

Noyaux gris centraux : Les cellules ganglionnaires sont moins atrophiées que celles du cortex. La sclérose névroglique, quoique accusée, l'est moins. Présence de granulations névrogliques sous l'épendyme ventriculaire. Quelques vaisseaux ont leurs parois entourées de gros corps granuleux sans réaction lymphocytaire. Raréfaction du parenchyme périvasculaire.

Bulbe : Pie-mère normale. Les cellules des divers noyaux craniens paraissent plus petites que normalement mais renferment de belles granulations chromophiles. Aucune dégénérescence fasciculaire. Pigmentation des cellules des olives. Les plexus choroïdes sont normaux.

En résumé, un sujet, dont les tares héréditaires sont particulièrement graves, est reçu, après des études supérieures, à l'Ecole centrale à l'âge de 18 ans, au moment même où débutent les troubles mentaux dépressifs ; ceux-ci surviennent sans causes déterminantes apparentes. L'affection prend, d'emblée, une évolution progressive, pour se transformer, rapidement, en un syndrome de démence précoce catatonique. Les réactions sanguines et liquidiennes sont négatives. Le malade meurt à l'âge de 48 ans. Les lésions cérébrales consistent en l'atrophie et la lyse des cellules ganglionnaires corticales des lobes frontaux, en une prolifération névroglique qui intéresse aussi la substance blanche et, à un moindre degré, les noyaux gris centraux. On ne note aucune lésion vasculaire.

Pendant toute la durée de la maladie, les symptômes sont restés purement psychiques, car on ne peut considérer comme d'ordre neurologique l'exagération des réflexes tendineux, les raideurs musculaires, les troubles psychomoteurs. La prédominance des lésions dans les lobes frontaux permet d'expliquer cette latence symptomatique au point de vue neurologique, ce qui d'ailleurs s'observe dans d'autres états démentiels.

Les caractères des lésions sont également particuliers. L'atrophie des cellules ganglionnaires du cortex et la prolifération des éléments névrogliques sont aussi intenses que celles que l'on note dans certaines démences atrophiques et, cependant, le cerveau de notre sujet ne présente aucune atrophie manifeste puisqu'il pèse 1.280 gr. On peut admettre que la prolifération du tissu de soutien a compensé l'atrophie des éléments nobles.

Cette sclérose présente elle-même des caractères histologiques particuliers, puisqu'elle comprend un développement considérable des fibrilles névrogliques sans hypertrophie du cytoplasma des astrocytes. Il s'agit d'une sclérose névroglique à évolution lentement progressive.

Si, dans les syndromes schizophréniques, les données histopathiques sont souvent discordantes — comme le fait remarquer Paul

Abély (1) (ce qui n'a rien d'étonnant, puisque leurs causes étiologiques peuvent être très diverses) —, il est une forme — et notre cas en est un exemple — dans laquelle le processus lésionnel qui survient sans cause extérieure — souvent chez des maladies à hérédité vésanique —, qui ne s'accompagne d'aucune réaction inflammatoire, d'aucune altération vasculaire, paraît résulter d'une déficience originelle, d'un développement anormal génétique des éléments-supports du psychisme qui ne peuvent atteindre une maturité normale. Cette forme abiotrophique entre dans le groupe des encéphaloses.

La séance est levée à 11 heures.

(1) Paul ABÉLY. — Conclusion du débat sur : Définition, critères et limites de l'actuelle schizophrénie. *Société médico-psychologique*, 7 juillet 1958.

Séance du lundi 24 novembre 1958

Présidence : M. Michel CÉNAC, président

Au nom de la Société, le Président salue la présence de MM. les D^{rs} MASTROGIOVANNI (de Naples) et SARRO-BURBANO (de Barcelone).

Communications du Secrétaire Général

Adoption du procès-verbal de la dernière séance adopté à l'unanimité.

Lettre du D^r TEULIÉ qui, en raison de son état de santé, regrette de ne plus pouvoir assurer les fonctions de secrétaire des séances. La Société lui exprime ses regrets et ses remerciements et lui adresse ses vœux cordiaux de prompt rétablissement.

La prochaine séance ordinaire de la Société médico-psychologique aura lieu le 22 décembre 1958, 12, rue de Seine.

Honorariat

Sur sa demande, M. le D^r BONHOMME, ancien président, est nommé membre titulaire honoraire à l'unanimité.

Election de quatre membres titulaires

Après audition d'un rapport de M. DENIKER, au nom d'une commission composée de MM. J. DELAY, P. ABÉLY et P. DENIKER, rapporteur, M. le professeur agrégé P. PICHOT est élu membre titulaire par 16 voix sur 18 votants.

Après audition d'un rapport de M. BONNAFÉ, au nom d'une commission composée de MM. LE GUILLANT, TEULIÉ et BONNAFÉ, rapporteur, M. le D^r P. BERNARD est élu membre titulaire par 16 voix sur 18 votants.

Après audition d'un rapport de M. LE GUILLANT, au nom d'une commission composée de MM. BONNAFÉ, TEULIÉ et LE GUILLANT, rapporteur, M. le D^r J. LAFON est élu membre titulaire par 17 voix sur 18 votants.

Après audition d'un rapport de M. M. LECONTE, au nom d'une commission composée de MM. GARAND, MONTASSUT et LECONTE, rapporteur, M. le D^r VIDART est élu membre titulaire par 18 voix sur 18 votants.

Election de quatre membres correspondants nationaux

Après audition d'un rapport de M. G. DAUMÉZON, au nom d'une commission composée de MM. BEAUDOUIN, PORCHER et DAUMÉZON, rapporteur, M. le Dr Y. CHAMPION est élu membre correspondant national par 17 voix sur 18 votants.

Après audition d'un rapport de M. G. DAUMÉZON, au nom d'une commission composée de MM. SUTTER, LÔO et DAUMÉZON, rapporteur, Mme le Dr M.-Th. ZANGERLIN est élue membre correspondant national par 16 voix sur 18 votants.

Après audition d'un rapport de M. LEYRITZ, au nom d'une commission composée de MM. POTTIER, HYVERT et LEYRITZ, rapporteur, M. le Dr Y. LE BORNE est élu membre correspondant national par 18 voix sur 18 votants.

Après audition d'un rapport de M. P. ABÉLY, au nom d'une commission composée de MM. X. ABÉLY, LEYRITZ et Paul ABÉLY, rapporteur, M. le Dr Paul RENARD est élu membre correspondant national par 17 voix sur 18 votants.

COMMUNICATIONS

Catatonie expérimentale et radiations ionisantes

Chlorpromazine et irradiations du Cobalt 60 chez les cobayes
par MM. P.-D. MASTROGIOVANNI et S. DI GAETA. (Sous le patronage de M. le Professeur H. BARUK).

Dans une série de recherches que nous poursuivons sur les animaux à propos de l'action pharmacodynamique de plusieurs substances chimiques mises en rapport avec l'action biologique déterminée par les irradiations, nous avons commencé par étudier l'action combinée de la chlorpromazine et des radiations ionisantes émises par une source de cobalt radio-active. Nous avons donc commencé en étudiant l'action catatonigène de la chlorpromazine selon la technique illustrée par M. Baruk et son école, mais nous avons donné des doses supérieures de chlorpromazine, qui sont presque cent fois et deux cents fois la dose habituelle à l'homme. Plus précisément, on a donné 25 mg. et 50 mg. de chlorpromazine à des cobayes de 250 g. Les cobayes, qui ont été tous tenus dans des conditions identiques de milieu et de nourriture, ont montré des réactions différentes suivant la quantité de substance injectée par voie intramusculaire, sous les pattes postérieures.

Pour 25 mg., on a eu la possibilité d'observer que le syndrome catatonique commence par une espèce d'engourdissement, se continue par une diminution de l'activité psychomotrice des animaux, et enfin se révèle par un état catatonique véritable, avec du négativisme, une capacité de conserver des attitudes imposées, sans qu'intervienne jamais le réflexe de retournement, etc... Cet état catatonique se main-

tient pendant une période de *15 minutes*, qui est suivie d'une reprise lente de l'activité normale, tandis que 45 minutes après l'injection du médicament le syndrome est terminé.

Pour *50 mg.*, le syndrome devient beaucoup plus grave et l'état catatonique se maintient pendant une période plus longue (*30 minutes*), mais on n'a jamais eu la possibilité d'observer de suites fâcheuses pour l'animal, ni l'apparition de troubles pathologiques du névraxe.

L'irradiation avec 250 r., obtenue par une source irradiante de cobalt, et appliquée au cerveau seul des animaux, ne donne pas lieu à l'apparition de troubles pathologiques, ni organiques, ni du névraxe. L'irradiation du cerveau seul des animaux déjà en catatonie (obtenue par 25 mg. et 50 mg.) donne lieu à la conservation du syndrome catatonique pendant une période très longue : *90 minutes* pour les animaux traités avec *25 mg.*, et *2 heures* pour ceux traités avec *50 mg.* Dans ces groupes d'animaux, on observe aussi l'apparition de troubles neuropathologiques, représentés par des secousses myocloniques, des crises de tremblement généralisé, des crises épileptiques, soit généralisées, soit d'une moitié du corps, en général la droite. Quelquefois encore on observe une parésie généralisée, ou du train postérieur, mais qui disparaît rapidement. Tous ces symptômes neuropathologiques sont beaucoup plus appréciables avec 50 mg., mais restent toujours passagers.

Chez les cobayes précédemment irradiés, une fois qu'on a injecté la chlorpromazine, on observe que le vrai syndrome catatonique s'instaure avec un retard remarquable, mais, une fois obtenu, l'état catatonique dure pendant une période bien plus grande et s'accompagne de phénomènes neuropathologiques très graves, et qui restent cette fois pratiquement irréversibles. Chez les animaux traités avec 50 mg. on observe aussi un certain degré de mortalité dans l'état de parésie généralisée et dans le coma (deux cobayes sur six).

Le contrôle dans ces groupes d'expérience a été fait :

1) en observant le comportement des animaux non traités par la chlorpromazine, mais qui sont tenus dans des conditions identiques de milieu et de nourriture ;

2) en observant très longuement le comportement des animaux seulement irradiés, et aussi tenus dans les mêmes conditions de milieu et de nourriture.

Une fois établi que les radiations du cerveau seul déterminent ce syndrome déjà décrit, nous avons pensé à étudier aussi le comportement des animaux pour lesquels on use de la même quantité de chlorpromazine, mais qui ont été soumis à l'irradiation totale de l'organisme toujours avec une source irradiante de cobalt. Naturellement, le syndrome observé avec la seule chlorpromazine (25 mg. et 50 mg.) est semblable à celui décrit précédemment. L'irradiation totale des cobayes a été effectuée avec 800 r., émis par la bombe de cobalt sur les cobayes placés dans des cages spéciales, pendant 30 minutes. Chez

les cobayes irradiés on observe à la fin de la période d'irradiation un syndrome caractérisé par un état d'agitation motrice très marquée, par un état d'agressivité, et encore par des réactions absolument exagérées aux stimulations cutanées.

Cet état se maintient pendant vingt minutes et enfin disparaît sans suites fâcheuses.

L'irradiation des animaux effectuée dans l'état catatonique détermine sûrement un prolongement du syndrome catatonique, qui se maintient pendant les 30 minutes nécessaires pour donner la quantité de rayons, et encore pour une période variable mais qui est plus marquée pour les animaux traités avec 50 mg. Le syndrome est toujours accompagné d'une réaction organique généralisée, représentée par une souffrance inexplicable, par une respiration beaucoup plus rapide que d'habitude, et par l'apparition de troubles neuropathologiques déjà décrits. Pour les animaux traités avec 50 mg., le syndrome est beaucoup plus marqué, mais il va aussi disparaître très lentement, et toujours sans suites fâcheuses pour l'animal.

L'injection de chlorpromazine chez les animaux précédemment irradiés, et effectuée 90 minutes après la fin de l'irradiation, ne donne pas lieu, ni pour 25 mg., ni pour 50 mg., à l'apparition d'un syndrome de vraie catatonie. On observe seulement un état d'engourdissement, de somnolence, érection du pelage, une diminution de l'activité psychomotrice, etc... On n'observe pas l'apparition de troubles à charge du névraxe, mais il reste toujours un état de souffrance généralisé. Les observations que nous avons faites pendant quelques semaines après nos expériences nous ont confirmé l'inexistence de suites fâcheuses, même après une période très longue.

Naturellement, les mêmes contrôles ont été faits dans les autres expériences, mais cette fois on n'a rien observé de pathologique. Nous en sommes actuellement à l'étude des rayons X, avec les mêmes modalités, pour voir s'il existe des différences entre l'action des radiations très dures représentées par le cobalt, et les radiations dures représentées par les rayons X, et naturellement les recherches ultérieures nous donneront des éléments que nous espérons très importants pour mieux nous expliquer la pathogénie de ces phénomènes. On trouvera les explications ultérieures et la bibliographie dans les mémoires qui vont paraître prochainement.

Clinique des maladies du système nerveux, Université de Naples (prof. V.-M. BUSCAINO), Hôpital A.-Cardarelli, service de radiologie (Dir.: prof. R. BLASI).

DISCUSSION

M. LEYRITZ fait remarquer l'incidence possible de l'irradiation céphalique ou générale par le cobalt 60 sur les glandes endocrines, et si selon la théorie du stress de Selye, elle ne provoque pas un déséquilibre entre les minéralocorticoïdes et les glyccorticoïdes.

Pseudo-paralysie générale par atrophie cérébrale,
par MM. L. MARCHAND, M. LECONTE et R. HAY.

C'est une forme rare de syndrome paralytique par atrophie cérébrale que nous présentons. Pendant toute la durée de la maladie, les réactions sanguines et liquidiennes sont restées négatives et le diagnostic de paralysie générale est resté hésitant. L'examen anatomique, en éliminant ce diagnostic, a confirmé l'importance des données humorales dans de tels cas.

OBSERVATION. — Mme G..., âgée de 43 ans, est internée à l'hôpital psychiatrique de Clermont (Oise), le 26 septembre 1951. On relève peu de chose dans les antécédents : l'alcoolisme du père, qui s'était toujours montré violent et brutal, le mariage de la malade à l'âge de 20 ans, la naissance d'une fille en 1931, l'absence de fausses-couches.

En 1949, à la suite du décès de son mari, avec lequel il y avait bonne entente, la malade vécut seule et connut de nombreuses difficultés matérielles. Ce fut finalement l'internement.

Le certificat immédiat du Dr Ceillier (26 septembre 1951) expose les différentes particularités de ce cas ; nous le reproduisons *in extenso* :

« ...Est atteinte d'un état confuso-déméntiel en rapport avec un état organique non encore diagnostiqué. Il ressemble tout à fait à une paralysie générale : dysarthrie caractéristique, pupilles inégales, la droite réagissant très faiblement à la lumière. Tremblement de la langue et des lèvres. Démence complète avec peut-être un élément de confusion. Désorientation totale. Incapable même de s'habiller toute seule ou d'exécuter les ordres les plus simples. Ne peut fournir aucun renseignement utile. Cancer du sein gauche avec ulcération. Etat cachectique. Le cancer paraît inopérable. Examens biologiques nécessaires bien que les précédents aient été négatifs au point de vue de la ponction lombaire. »

La malade est suivie pendant plusieurs mois par notre regretté collègue. Comme elle était originaire du département de la Seine, un certificat lui est demandé en vue de son transfert. A la date du 5 avril 1952, il est ainsi rédigé :

« Est atteinte d'un état déméntiel d'origine organique. Cet état ressemble beaucoup cliniquement à une paralysie générale. Réflexes pupillaires très faibles. Gros tremblement de la langue. Dysarthrie. Réflexe achilléen droit extrêmement faible. Les examens de laboratoire sont extrêmement discordants. Réaction de Wassermann totalement négative dans le sang et totalement positive dans le liquide céphalo-rachidien. Lymphocytose = $1/2 \ 1/2 \ 1/2 \ 0.02220.00000$. Réaction de Weichbrodt négative. Réaction de Pandy légèrement positive. L'examen du fond d'œil a révélé une légère décoloration des papilles dans le segment temporal, mais pas de stase. Une ventriculographie a été pratiquée et on a conclu à l'existence d'une atrophie corticale localisée à la partie inférieure du lobe frontal.

« De plus, présence d'un néoplasme ulcéré du sein gauche. Le chirurgien a déconseillé l'intervention chirurgicale et on a fait de la radiothérapie

(40 séances). Il y a plutôt une légère amélioration au point de vue mental, la malade étant capable d'exécuter quelques ordres, mais elle est cependant complètement démente. Elle est gâteuse par intermittence. Elle a engraisé de 8 kg. depuis le 25-9-1951. »

Mme B... est transférée le 7 juillet 1952 à l'hôpital de Maison-Blanche, dans le service de l'un de nous, où elle sera observée pendant cinq ans.

A son entrée, les éléments confusionnels surajoutés s'étaient atténués et la malade présentait alors un déficit global, avec troubles majeurs de la compréhension, du jugement et de l'attention, mais conscience partielle de l'ampleur des signes mnésiques ; il n'existait pas de troubles praxiques ; la dysarthrie était nette, explosive avec bredouillement ; le tremblement lui-même persistait, léger. La tension artérielle s'élevait à 14-9 ; on ne notait pas de signes d'athérome artériel. L'urée sanguine s'élevait à 0 gr. 45 % et les urines comprenaient quelques traces légères de sucre, mais pas d'albumine. On note la présence dans le sein gauche d'une tumeur non adhérente traitée par radiothérapie à Clermont, néoplasme signalé dans le certificat de transfert.

En raison de la discordance signalée antérieurement entre le syndrome clinique et les réactions humorales, un examen de sang est fait dès l'entrée de la malade dans le service. Les réactions de Wassermann, de Hecht, de Kahn sont négatives.

Une ponction lombaire est pratiquée quelques jours plus tard, le 16 juillet 1952. Voici les résultats : lymphocyte, 0,8 ; albumine, 0,25 ; benjoin, 00000.22110.00000. Wassermann, Pandy et Weichbrodt négatifs.

A noter qu'à la suite de cette ponction lombaire la malade a présenté une crise convulsive revêtant les caractères d'un accès comitial.

Dans la suite, l'état mental de la malade s'aggrave progressivement, réalisant bientôt un état démentiel global. Ses réponses sont absurdes, ses propos incohérents, très gênés d'ailleurs par l'accentuation des troubles de l'articulation verbale aboutissant bientôt à un langage stéréotypé avec répétition des mêmes mots, puis monosyllabisme. Elle est capable d'obéir à des ordres simples, mais ne peut répondre aux questions plus complexes. La désorientation devient complète, l'incurie totale avec perte de toute activité utile.

Sur le plan thymique, la malade montre généralement un état d'euphorie naïve avec explosion épisodique d'accès soudains de colère. Son état démentiel constituait un obstacle aux actes habituels de la vie courante. L'alimentation reste cependant satisfaisante, mais il existe un gâtisme nocturne.

Les différents examens somatiques répétés ont apporté peu d'éléments nouveaux : les réflexes ostéo-tendineux se sont toujours montrés diminués, les pupilles inégales mais réagissant faiblement à la lumière, le fond d'œil normal, la langue trémulante, la tension artérielle oscillant autour de chiffres sensiblement normaux : 14-9, 16 1/2-10, 13-8. En tout cas, l'examen approfondi de l'appareil cardio-vasculaire n'a jamais mis en évidence d'aortite, ni d'athérome artériel.

La malade a subi l'ablation du sein gauche le 10 août 1953 (épithélioma glandulaire). On ne constata pas dans la suite de récurrence, ni d'adénopathie.

Nous donnons les résultats des divers examens sanguins et liquidiens qui ont été pratiqués.

17 juillet 1953 (sang) : réaction de Bordet-Wassermann (Kolmer), négatif ; Meinicke, négatif ; Kahn, négatif.

18 juillet 1953 (liquide céphalo-rachidien) : réaction de Bordet-Wassermann (Kolmer), négatif ; benjoin colloïdal, 00000.02200.00000 ; Pandey, négatif ; cytologie, présence de sang ; albumine, 0,32 ; glucose, 0,70 ; chlorures, 7,65.

9 juillet 1954 (liquide céphalo-rachidien) : test de Nelson, 2 % ; sang (sérologie classique) : Bordet-Wassermann (Demange), Bordet-Wassermann (Kolmer), Kline cardiolypine, Kahn standard, Kahn quantitatif 0 unité. Toutes les réactions sont négatives.

Test de Nelson, 0 %.

14 juillet 1956 (sang) : Kahn, négatif ; Kolmer, *idem* ; Demange, négatif ; vitesse de sédimentation, 30, 50, 100.

16 juillet 1956 (liquide céphalo-rachidien) : Bordet-Wassermann (Kolmer), faiblement positif ; Kahn, faiblement positif ; benjoin, 00002.21000.00000 ; Pandey, négatif ; Weichbrodt, négatif ; lymphocyte, 1 ; albumine, 0,25 ; test de Nelson, 4 %.

Les autres bilans humoraux successifs n'ont jamais mis en évidence que des chiffres normaux ou peu différents des constantes habituelles : urines normales avec parfois des traces d'albumine ; urée sanguine, de 0 g. 45, 0,50, 0,35, 0,25 %. Glycémie variant suivant les cas entre 0,70, 1 g., 0,95 et 1,05.

La malade a été normalement réglée jusqu'en juin 1955.

Le 9 juillet 1957, Mme G... présente à 10 h. 15 une première crise convulsive et une deuxième à 10 h. 30. La première ne comporte qu'une phase tonique, quelques convulsions et une phase résolutive avec stertor et émission d'urine. La seconde se caractérise par les trois phases classiques ; elle fut suivie d'une apnée post-critique, qui ne céda pas aux traitements habituels (lobéline, adrénaline, oxygène), et qui entraîna l'exitus à 10 h. 45.

AUTOPSIE : ENCÉPHALE

Examen macroscopique. — La pie-mère a un aspect laiteux à la face convexe des hémisphères, surtout au niveau des lobes frontaux et des régions qui bordent la scissure interhémisphérique.

Le cerveau est atrophié d'une façon globale, les sillons ne paraissent pas anfractueux. Sur coupes transversales, les circonvolutions sont très diminuées de volume sans élargissement des sillons. Les noyaux gris centraux participent à l'atrophie. Non seulement les ventricules latéraux ne sont pas augmentés de volume, mais leur capacité est très réduite, ils se présentent à l'état virtuel.

On ne note pas de ramollissement. Les artères de la base et les artères cérébrales ne présentent pas d'athérome. Le plancher du IV^e ventricule est normal. L'hémisphère droit pèse 400 g., le gauche est du même poids ; le cervelet et le bulbe pèsent 135 g.

Examen histologique. — Méninges : Pie-mère, épaissement au niveau des régions frontales et temporales. Le tissu est lâche, peu adhérent, et ne renferme ni fibroblastes, ni cellules lymphocytaires. Peu de macrophages épars dans les mailles des fibres conjonctives. Les parois des vaisseaux sont normales. Aucun foyer inflammatoire.

Cortex : Quelle que soit la région examinée, l'atrophie cellulaire est consi-

dérable. Le cytoplasma est réduit à une mince couche granuleuse, ce qui entraîne des formes irrégulières aux éléments qui ont perdu leur aspect pyramidal. Les corps cellulaires sont le siège de zones lipopigmentaires. Raréfaction cellulaire par places et de nombreux éléments sont en voie de disparition sans figure de neuronophagie. Les noyaux ont encore un volume normal mais sont situés excentriquement. Par la méthode de Hortéga, sclérose uniquement fibrillaire de la couche moléculaire ; les corps astrocytaires sont très peu nombreux. Sclérose accusée de la couche profonde du cortex et de la région sous-corticale de la substance blanche représentée par de nombreux astrocytes peu hyperplasiés.

Au Weigert-Pal, démyélinisation diffuse du cortex et même des fibres en U au fond des sillons. Ce sont les fibres fines qui ont mieux persisté que les grosses fibres. Dans la couche des fibres tangentielles, persistance de quelques fibres très fines. Disparition de la couche de Baillarger. Ces lésions sont plus accusées au niveau des lobes temporaux.

On ne note ni plaques séniles, ni la lésion neuro-fibrillaire d'Alzheimer.

Noyaux gris de la base : Dans le noyau caudé et le putamen, on ne note aucune zone localisée de démyélinisation. Les grosses cellules du putamen sont encore volumineuses mais leur cytoplasma est presque totalement envahi par une substance lipodienne et de nombreux éléments ont pris l'aspect de cellules gonflées. L'épithélium ventriculaire est normal.

Couches optiques : Toutes les cellules ont leur protoplasma envahi par la substance lipodienne. Les éléments magnocellulaires sont généralement globuleux et leur noyau est rejeté à la périphérie du cytoplasma.

Présence de quelques éléments lymphocytaires. Au pourtour, de très rares vaisseaux. On ne note pas de foyers spéciaux de démyélinisation. L'épithélium ventriculaire est normal.

Cervelet : Les cellules de Purkinge sont légèrement atrophiées et ne renferment pas de substance lipodienne. Les éléments des noyaux dentelés sont très lésés et leur cytoplasma est envahi par la substance lipodienne. Aucune dégénérescence myélinique dans le cortex et dans les noyaux dentelés.

Pédoncules : Le locus niger ne présente aucune lésion atrophique. Les cellules des noyaux de la III^e paire sont peu altérées.

Bulbe : L'épithélium épendymaire du IV^e ventricule est normal. Les lésions des cellules des noyaux craniens sont peu accusées par rapport à celles du cortex. Les cellules des olives ont leur cytoplasma chargé de substances lipodienues. Au Weigert-Pal, aucune dégénérescence fasciculaire. Les pyramides sont également myélinisées.

Les plexus choroïdes ne présentent aucune altération ; ils sont dépourvus de calcosphérites mais par places leur trame conjonctive présente au Van Gieson des petits placards précalcaires.

Vaisseaux : Quelles que soient les régions examinées, méninges et parenchyme, on ne note aucune lésion inflammatoire, aucune séquelle de lésions anciennes périvasculaires témoin d'un remaniement d'un tissu inflammatoire. Certains vaisseaux ont leurs parois adventitielles épaissies, sans éléments lymphocytaires, mais elles sont encombrées de blocs de pigments libres ou contenus dans des macrophages. Le parenchyme cérébral qui les entoure est très clairsemé.

Discussion. — Avant la découverte des réactions sanguines et liquidiennes dans la syphilis, cette observation aurait été certainement décrite comme un cas de paralysie générale. Quand ces réactions furent introduites en clinique, certains auteurs n'auraient pas hésité à admettre ce même diagnostic. Des réactions de paralysie générale avec réactions négatives, quoique rares, ont été rapportées (1). Dans la statistique de Fritsche, onze fois sur 187 cas, soit 5,6 % des cas, les réactions du sang et du liquide céphalorachidien sont négatives. Dattner arrive à la proportion de 6 à 12 %, Saethre trouve quatre cas sur 127, soit 3,2 %. Targowla a trouvé la réaction de Bordet-Wassermann négative dans le sang et le liquide céphalorachidien dans 9 % des cas environ. Les réactions seraient susceptibles de variations spontanées qui la font disparaître temporairement ou sous une action thérapeutique. Avec Micoud et Tusques, avec Vignaud et Picard, l'un de nous a rapporté des exemples indiscutables de paralysie générale avec réactions humorales négatives pendant toute la durée de la maladie, et deux observations ont été suivies d'un examen anatomopathologique de l'encéphale. Le diagnostic, quoique hésitant dans notre cas, s'orientait davantage dans le sens d'une paralysie générale. L'évolution même de la maladie, les symptômes, étaient nettement ceux d'une paralysie générale classique, et à deux reprises on nota une réaction faiblement positive dans le liquide céphalorachidien. Or, les constatations anatomopathologiques ont infirmé le diagnostic de paralysie générale et sont d'accord avec la négativité de nombreuses réactions humorales chez cette malade. Il s'agit d'une atrophie qui a certainement débuté dès les premières manifestations cliniques, puisque une ventriculographie pratiquée durant les premiers mois de l'internement, alors que le syndrome paralytique était déjà constitué, a décelé une atrophie corticale localisée à la partie inférieure du lobe frontal. L'atrophie considérable constatée à l'autopsie, puisque le cerveau ne pèse que 800 g., est tout à fait exceptionnelle. Ses caractères sont particuliers, l'atrophie est généralisée, les ventricules sont réduits comme volume, presque virtuels. De plus, les constatations histologiques montrent qu'il s'agit d'une dégénérescence portant autant sur la substance blanche que sur le cortex, la sclérose étant plus prononcée dans la couche moléculaire corticale, à la partie profonde du cortex et au niveau de la substance blanche sous-corticale. La lésion primitive consiste en la dégénérescence atrophique des neurones cérébraux avec envahissement lipo-pigmentaire des cellules. On ne note, ni lésions de la pie-mère, ni altérations de l'épithélium du quatrième ventricule, ni lésions inflammatoires, ni aucune de ces séquelles méningo-corti-

(1) Ravaut, D. Anglade, Cuel, Mlle Serin, Desport, Combemale et Nayrac, Grenet, Dupouy et Pichard, Claude, Pons-Balmès, Fontana, Crouzon et Henrion, Dujardin et Vermeylen, Targowla, Marchand, Micoud et Tusques, Vignaud et Picard (voir Marchand, « Maladies mentales », p. 135).

cales si particulières observées dans les cerveaux de paralytiques généraux qui ont subi les traitements modernes.

Le problème pathogénique reste obscur. Il ne s'agit pas d'un syndrome paralytique alcoolique, ou de pseudo-paralysie générale alcoolique. Ce syndrome ne s'observe que chez les alcooliques chroniques, ce qui n'est pas le cas de notre malade. Si l'atrophie cérébrale est une des particularités de l'affection, elle est loin de prendre l'importance constatée chez notre malade. De plus, les lésions cérébrales sont différentes.

Le diagnostic avec un syndrome paralytique en rapport avec des lésions lacunaires diffuses du cerveau par athéromasie cérébrale aurait pu être soulevé. Les troubles mentaux par artério-sclérose peuvent se traduire par un état d'affaiblissement démentiel évoquant par sa symptomatologie une méningo-encéphalite diffuse. Cette notion a pu être établie par certains auteurs, en particulier par Klippel, qui admettait aussi une paralysie générale tuberculeuse. Si, chez notre malade, on notait la possibilité d'une certaine ressemblance symptomatologique avec le syndrome de Klippel, l'artério-sclérose a toujours été éliminée cliniquement, et à l'autopsie on ne constata aucune lésion vasculaire athéromateuse.

Si l'on se rapporte aux travaux sur les atrophies cérébrales, on ne peut faire rentrer notre cas dans aucune des formes actuellement décrites sous le terme de démences atrophiques. Si nous suivons la classification des atrophies cérébrales de Zeh (1) et de Girard (2), qui les classent en atrophies primitives dégénératives et en atrophies secondaires, nous ne pouvons que le faire rentrer dans le premier groupe. Dans notre cas, il faut en effet éliminer le traumatisme, les intoxications, les syndromes vasculaires, les encéphalopathies infectieuses, et même la syphilis. Si nous le classons parmi les atrophies primitives dégénératives, nous devons le distinguer de la maladie de Pick, de la maladie d'Alzheimer, de la maladie de Kreustwelt-Jacob, et de l'atrophie sénile. On peut cependant admettre qu'il s'agit d'une forme spéciale dégénérative, d'une encéphalose pour laquelle les mêmes considérations pathogéniques peuvent être proposées.

Le chapitre des atrophies cérébrales au cours des maladies mentales est encore à l'étude. Il n'est pas douteux que l'on a publié et que l'on publiera pendant longtemps dans les maladies mentales des cas d'atrophies cérébrales difficiles à classer et qui seront présentés, soit comme des formes de transition avec des formes déjà décrites, soit comme des encéphalopathies atrophiques se traduisant cliniquement par des syndromes particuliers ; il est indiqué de les publier en attendant d'autres exemples. Ces recherches nous paraissent pré-

(1) ZEH. — Recherches sur les aspects cliniques des atrophies cérébrales. *Arch. suisses neuro-psych.*, 71, 1, 2, 310, 1955.

(2) GIRARD (J.). — Des atrophies cérébrales. *Thèse de Paris*, G. de Bussac, Clermont-Ferrand, 1958.

senter une grande importance clinique, puisqu'elles arriveront un jour à déceler parmi les syndromes mentaux chroniques ceux qui ont pour substratum anatomo-pathologique une désintégration primitive des neurones cérébraux, expliquant ainsi pourquoi l'affection mentale reste alors réfractaire aux traitements modernes.

DISCUSSION

M. Xavier ABÉLY. — Le diagnostic tant clinique qu'anatomique peut être particulièrement difficile entre les atrophies cérébrales primitives et les atrophies secondaires dans certaines paralysies générales anciennes, lorsqu'on n'observe ces dernières qu'à une période avancée. J'ai eu l'occasion de suivre un cas de ce genre. Il s'agissait d'une paralysie générale qui s'est prolongée pendant plus de vingt ans. La démence était devenue d'autant plus banale qu'elle était plus accentuée. Les réactions du sang et du liquide céphalo-rachidien, nettement positives au début, étaient, après le traitement, devenues négatives depuis plusieurs années. L'examen anatomique a pu être pratiqué récemment par Guiraud. J'extrais de son compte rendu les constatations et commentaires suivants : « Dans l'écorce frontale surtout étudiée, la réaction périvasculaire a disparu à peu près complètement. Les lésions d'atrophie cellulaire sont évidentes ; les cellules sont devenues beaucoup plus grêles, comme amoindries avec chromatolyse diffuse. Les cellules de Betz montrent typiquement ces anomalies ; à l'imprégnation argentique, leur dimension transversale est extrêmement réduite, les neuro-fibrilles persistent dans ce qui reste du cytoplasme mais l'infiltration lipidique est considérable, occupant entre la moitié et les deux tiers du protoplasma. Pas de cellules en bâtonnet dans l'écorce. En l'absence de renseignement, le diagnostic de paralysie générale serait impossible ; on ne pourrait faire que celui de démence par atrophie des cellules nerveuses. Ces faits montrent ce que devient une paralysie générale traitée et se prolongeant pendant longtemps. Mais il n'est pas impossible que même sans traitement certains malades aient pu guérir de l'inflammation initiale de la paralysie générale. Les observations du genre de celle-ci, qui sont fréquentes, rendent suspectes bien des recherches des anciens auteurs dans les cas où ils se demandaient, en cas de maladie très prolongée, s'il s'agissait bien de paralysie générale et, en l'absence de réactions inflammatoires, concluaient à une syphilis cérébrale, à une atrophie de Nissl-Alzheimer ou à l'action d'une cause non spécifique. » Les difficultés du diagnostic clinique et anatomique entre démence paralytique et démence atrophique ne se présentent pas seulement lorsque la maladie est ancienne. Il est plus curieux encore de la constater dans des formes d'évolution récente ou rapide. J'ai publié avec Guiraud et Foncin (*Annales médico-psychologiques*, juin 1957) un cas de paralysie générale authentique avec réactions humorales positives, qui a pris assez rapidement l'allure clinique très ressemblante d'une maladie de Pick ou d'Alzheimer et qui, malgré les traitements, a présenté une évolution fatale en deux ans. L'examen anatomique a montré une réaction inflammatoire très discrète qui aurait même pu passer inaperçue sans la connaissance des antécédents, mais, par contre, de graves lésions dégénératives avec vastes plages corticales de cellules raréfiées et ratatinées et amas de déchets de nature diverse dans la substance blanche ; la dilatation ventriculaire était généralisée.

M. MARCHAND. — Au moment où par l'encéphalographie on tente de déceler des atrophies cérébrales au cours d'états psychotiques, nous avons

pensé qu'il était intéressant de présenter cette observation dans laquelle, dès le début des manifestations cliniques, on a pu constater une atrophie cérébrale. Après cinq ans d'évolution d'un syndrome paralytique avec réactions sanguines et liquidiennes négatives, l'atrophie cérébrale a progressé au point qu'à la mort le poids du cerveau était de 800 g., atrophie considérable rarement constatée au cours des démences atrophiques.

Notre président nous fait remarquer qu'une fois, parmi les nombreux examens sanguins et liquidiens pratiqués chez notre malade, la réaction de Wassermann a été trouvée une fois légèrement positive alors que toutes les autres réactions ont toujours été négatives, je répondrai que ce fait peut s'observer quand chez un même malade on pratique des examens répétés confiés à des laboratoires différents.

A propos de la deuxième observation faite par M. Cénac sur la réaction périvasculaire que nous avons signalée dans la couche optique, nous ferons remarquer que, dans notre cas, la disposition des cellules plasmatiques périvasculaires ne ressemble pas aux manchons lymphocytaires de la paralysie générale. Les quelques cellules plasmatiques sont disposées dans un tissu raréfié périvasculaire au milieu de blocs de pigments libres ou contenus dans des corps granuleux macrophagiques, éléments qui déblaient les produits de désintégration du parenchyme.

M. Xavier Abély a observé des cerveaux de paralytiques généraux qui, après traitement, ne présentaient plus aucune trace inflammatoire, et il se demande si notre cas ne pourrait pas être ainsi interprété. Le fait que notre malade n'a subi aucun traitement spécifique, que la maladie a évolué progressivement pendant cinq ans, permet d'éliminer cette supposition. De plus, chez les paralytiques généraux traités, stabilisés, on trouve, comme je l'ai constaté plusieurs fois, des séquelles telles que épaississements méningés fibreux, adhérences méningo-corticales, des altérations des épithéliums ventriculaires et en particulier des granulations épendymaires sur le plancher du IV^e ventricule, altérations qui font défaut dans notre cas.

Chez les paralytiques généraux qui peuvent reprendre leur place dans la société, il est rare qu'il ne persiste pas quelques troubles cliniques. Je suis actuellement un paralytique général traité simplement au stovarsol, d'abord par M. Barbé, et ensuite par moi ; ce sujet, qui présente des absences épileptiques, gagne sa vie. Son cas va faire le sujet d'une thèse.

M. Paul Abély trouve que les lésions cérébrales observées dans notre observation ressemblent à celles que nous avons décrites chez le dément précoce dont le cas a été présenté à la dernière séance de la Société. Il y a évidemment des lésions semblables, en particulier l'atrophie des cellules ganglionnaires corticales et la prolifération névroglique sans réaction vasculaire inflammatoire. Ce processus anatomo-pathologique est commun à toutes les formes mentales dégénératives. Suivant l'âge auquel il débute, il se manifeste par des symptômes, des syndromes divers et aussi par des particularités anatomiques. Un état dementiel dégénératif qui survient sans cause apparente à la puberté ne ressemble pas cliniquement à ceux qui débutent à l'âge adulte ou à la vieillesse et j'ajouterai même à la première enfance. Il faut aussi tenir compte de l'évolution plus ou moins rapide de l'affection, de l'étendue et de la profondeur des lésions cellulaires dégénératives qui, si elles intéressent les noyaux gris centraux, donnent lieu à des syndromes neuro-psychiatriques tels que la chorée chronique par exemple. La constatation de ces lésions est objective et les anatomo-pathologistes les ont observées. C'est alors que je me permets d'exposer l'interprétation de la pathogénie de ces formes dementielles, interprétation que je soutiens depuis longtemps et que mes constatations anatomo-pathologiques confirment de plus en plus. Je pars du principe que tout individu naît avec une potentialité de ses cellules cérébrales, qui doivent conserver leurs fonctions jusqu'à la vieillesse. Or, il existe un groupe d'af-

fections mentales chroniques d'emblée dans lequel le processus pathologique consiste en l'atrophie primitive des neurones cérébraux se traduisant souvent par une surcharge lipodique de leur cytoplasma sans aucune altération concomitante angio-nécrotique. Tout en tenant compte des causes infectieuses, toxi-infectieuses, toxiques et même morales qui peuvent venir surajouter leurs effets, je considère que ces syndromes mentaux et souvent même neuro-psychiques sont conditionnés par cette involution prématurée de la cellule. C'est ainsi que se développent des idioties, des états démentiels chroniques, généralement progressifs, conséquence de tares héréditaires ou constitutionnelles. Je suis persuadé que l'on arrivera un jour à distinguer parmi les syndromes mentaux ceux qui dès leur début sont conditionnés par de telles lésions incurables de ceux qui seront la traduction clinique d'un processus fonctionnel curable par les traitements actuels ou même par le simple jeu de la nature ainsi que les vieux psychiatres comme moi ont pu le constater avant l'introduction des nouvelles méthodes thérapeutiques.

M. LECONTE. — Je m'excuse de demander la parole sur notre communication à propos de laquelle M. Cénac a bien voulu souligner l'intérêt qu'a pris la tournure de la discussion au sein de la Société.

M. Cénac, très légitimement, a soulevé le problème de la subpositivité éphémère des réactions sérologiques à un moment donné. Il a demandé à M. Marchand qu'il avait pu observer des cas de ce genre dans des atrophies qui ne soient pas de la paralysie générale.

En dehors des hypothèses soulevées par M. Cénac et des explications de Marchand, je voudrais me permettre d'indiquer combien les remarques de M. Cénac concernant la critique des examens sérologiques sont importantes et susceptibles d'ailleurs de nous aider un jour, qu'il s'agisse de nos collègues de province ou de nous-mêmes, qui luttons pour obtenir des laboratoires dans lesquels nous puissions avoir confiance. C'est, qu'effectivement, les examens sérologiques de la malade que nous présentons n'ont pas été tous accomplis par le même laboratoire. C'est là une première source de vérification qu'il y a toujours lieu de faire.

Au sein même de certains laboratoires d'hôpitaux psychiatriques, il arrive quelquefois, étant donné la difficulté de recruter du personnel compétent, l'Administration n'en voyant pas toujours l'importance quand il s'agit de malades mentaux, que les réactions sont opérées par des remplaçants, et c'est souvent au moment de certains remplacements qu'ont lieu des variations ou des anomalies dans les résultats biologiques qui nous sont adressés.

En ce qui concerne notre malade, les réactions qui se sont trouvées un instant positives ont été pratiquées dans des laboratoires différents, du fait des vicissitudes et de l'inorganisation administrative qui fait que, tantôt un laboratoire est en état de fonctionnement ou non et débite plus ou moins vite selon des demandes. De toute façon, les réactions ont été pratiquées plusieurs années de suite par l'Institut Fournier, et tous les tests de Nelson ont été trouvés négatifs. On est certes mieux compris de l'administration en demandant des hôtes, des monitrices d'ergothérapie ou des assistantes sociales au lieu de laborantines.

Néanmoins, notre cas montre bien qu'il est nécessaire d'insister sur l'importance du laboratoire en psychiatrie.

Je voudrais aussi rendre hommage à notre regretté collègue le Dr Cellier et souligner l'intérêt de la clinique, car, en effet, notre confrère avait précisé combien cette malade ressemblait à une paralytique générale, et le tableau terminal fut celui d'un syndrome paralytique global, mais, c'était une affection organique qui n'en était sans doute pas une. L'évolution complète et l'anatomo-diagnostic ont vérifié cette hypothèse.

Nous tenons aussi à remercier le D^r Marchand, car sans lui cette communication perdait son intérêt. Nous nous serions contenté d'affirmations ou de suppositions sans aucune vérification scientifique. Il est bon que des preuves concrètes soient apportées en psychiatrie aux dissertations auxquelles nous nous livrons.

Cette malade, nous tenons à le signaler dans l'intérêt de notre service et de notre personnel, vu le favoritisme administratif actuel pour la sociatrie, est demeurée cinq ans dans le service. Elle n'a pu bénéficier, la malheureuse, en étant bien incapable, de la ludo-ergo-sociathérapie, si à la mode ; mais il n'en est pas moins résulté qu'elle a été l'objet, de la part du personnel, d'une surveillance et de sa participation active de tous les instants.

C'est le lot de certaines de malades dans certains services, que les médecins n'abandonnent pas pour autant. Nous avons tout au long, à l'occasion des certificats annuels, vérifié la sérologie, prêt à intervenir, s'il y avait lieu, si la sérologie avait viré en faveur d'une démence syphilitique. Ces malades ne sont pas payantes en statistiques. Elle n'a pas occasionné dans le service et dans le lit qu'elle a occupé un mouvement flatteur, mais elle a néanmoins nécessité beaucoup de soins, bien qu'aucune « sortie pondérée » n'ait pu être obtenue six ans durant.

Il est temps que l'administration comprenne qu'il s'agit là d'une partie importante de l'activité d'un psychiatre et de ses devoirs. Ce cas nous rappelle une autre atrophie que nous avons présentée avec le D^r Marchand et Mlle Halpern, atrophie d'ailleurs familiale, la sœur étant morte dans un service voisin pour la même raison (1).

La malade, entrée à Henri-Rousselle le 23 mars 1952, puis à Maison-Blanche le 7 avril 1952, fut mise en permission, assez rapidement, avant notre arrivée, conformément à la doctrine officielle.

Le certificat de sortie était prononcé en octobre 1952. Ce fut une sortie pondérée bien qu'on n'ait pas parlé à l'époque de la chose, puisqu'elle valut d'être considérée par l'administration comme une guérison.

En fait, le processus atrophique continua tout au long de son absence. Le mari nous déclara qu'il l'avait gardée le plus longtemps possible, qu'elle ne le reconnaissait pas dans son lit et, finalement, il fut contraint naturellement de nous la ramener.

Les services qui reçoivent de telles malades n'en ont pas moins une tâche médicale aussi astreignante que bien d'autres.

Enfin, nous dirons également un petit mot de la remarque de M. Marchand sur la possibilité de pouvoir peut-être dès maintenant discerner les cas guérissables des cas inguérissables.

Nous pensons aussi que la chose est possible dans certains cas. C'est très important. Indépendamment de la question des frais inutiles évités aux familles, cela permettrait de poser d'emblée les indications thérapeutiques concernant ces malades, de leur éviter des risques ou des tracasseries auxquels certains syndromes discordants dégénératifs sont parfois soumis.

Dans la *Presse médicale*, notre collègue Michaux a présenté un certain nombre de cas juvéniles qui, après échec de tous les traitements, méritent d'être considérés comme voués à l'incurabilité.

Cette discrimination est donc souhaitable, dans l'état actuel de nos connaissances en tout cas. Tout cela renforce la nécessité de continuer à attribuer de la valeur aux méthodes cliniques et biologiques en matière de traitement des malades mentaux.

(1) MARCHAND, M. LECONTE et Mlle HALPERN. — A propos d'un cas familial de maladie d'Alzheimer. *La presse médicale*, 18 août 1956.

Troubles mentaux secondaires à une hépatite ictérique, par MM. H. COLLOMB, J. LAURENT et R. PLAS.

Les syndromes neurologiques d'ordre méningé, pyramidal, extra-pyramidal ou périphérique, survenant au cours ou dans le décours d'hépatites à virus, sont actuellement bien connus et assez souvent mentionnés dans la littérature.

Survenant beaucoup plus rarement dans ces affections, les syndromes psychotiques sont moins classiques, et le nombre d'observations publiées est limité (1). Parmi celles-ci, citons le cas d'Alajouanine, Boudin, Sabouraud et Ducrot, qui présenta dans le décours d'une hépatite à virus une méningo-encéphalite avec uvéite unilatérale gauche, décollement de la rétine, canitie, et, au point de vue mental : confusion, maniérisme, puérilisme et idées hypocondriaques. Il s'y associait des modifications du liquide céphalorachidien et une atrophie cérébrale notable. Rappelons les deux cas rapportés par Lafon, Labauge et Temple, s'exprimant, l'un par un état confusionnel prolongé avec agitation intense, l'autre par un syndrome d'allure schizophrénique, mais rapidement régressif.

Notre observation concerne un malade présentant parallèlement, et au décours d'un ictère, un syndrome délirant évoluant vers la chronicité, sans antécédent pathologique.

OBSERVATION. — Cor... Michel, 21 ans, ajusteur-tourneur dans la vie civile, a présenté en mai 1957 une hépatite ictérique à la suite de laquelle il a été hospitalisé trois semaines au Maroc. Sa convalescence, d'une durée de un mois, s'est déroulée dans sa famille. Elle a été marquée par divers malaises : vomissements bilieux, asthénie, insomnies, vertiges rotatoires, mais fut exempte de troubles mentaux.

Au retour de sa convalescence, le sujet emprunte un train qui déraile. Il semble que l'on puisse exclure la notion de tout traumatisme physique à ce moment-là. Quelques instants après l'accident, le sujet éprouve des impressions d'étrangeté, et des idées bizarres surgissent dans sa conscience.

Un mois plus tard, il est hospitalisé à l'hôpital Michel-Lévy (Marseille) pour des céphalées frontales, des vertiges lors des changements de position, des troubles de la mémoire de fixation.

L'examen somatique relève une hyperréflexivité diffuse, un Chvostek discret, une sudation profuse des extrémités.

L'examen oto-rhino-laryngologique met en évidence une hypo-excitabilité labyrinthique bilatérale ; le fond d'œil est normal.

(1) « Few studies are available in which cerebral symptomatology has been correlated with liver function and few studies exist in which the cerebral and hepatic status has been compared in cases without coma and after the development of coma. Further understanding of the relationship of liver and brain is to be gained therefore from a clinical study encompassing these features. » — I. A. BROWN (1957).

La vitesse de sédimentation est à 7-13 ; l'hémogramme montre une hyperleucocytose discrète avec 12.000 globules blancs et formule sensiblement normale.

Les urines sont exemptes de sucre, d'albumine, de sédiment, de sels ou de pigments biliaires. La bilirubinémie directe est de 6 mg. 2‰. La bilirubine indirecte est indosable. Les tests hépatiques sont perturbés : Mac Lagan I.P., 33 ; Hanger, ++ ; Gros, 0,9 cc. La prothrombine : 85 %. T.C. : 10 mm. T.S. : 3 mn.

L'électrophorèse montre une baisse des alpha et des bêta et une augmentation des gamma-globulines.

Le cholestérol est de 1 g. 94. Le cholestérol estérifié est à 1 g. 34‰. L'image thoracique est normale. La radio du crâne ne met en évidence nulle anomalie.

L'électro-encéphalogramme à la date du 26-7-1957 montre un rythme alpha de 10 c./s., synchrone, plus ample du côté gauche, bien réagissant ; un thêta de moyenne importance dans les régions antérieures et moyennes. La stimulation lumineuse intermittente fait apparaître quelques ondes lentes plus importantes à droite, tandis que l'hyperpnée induit l'apparition d'ondes lentes en bouffées généralisées.

Très rapidement s'installe un syndrome psychiatrique groupant : des hallucinations visuelles élémentaires (points brillants, cercles, lignes brisées), puis organisées et parfois colorées d'une teinte monochrome ; des hallucinations psychiques à type de transmission, vol, devinement de pensée ; des interprétations ; des idées délirantes à thème d'expériences scientifiques et médicales, mal systématisées, floues, assez polymorphes et exprimées avec accablement et parfois même désespoir ; du gâtisme associé à des épisodes de rétention vésicale et rectale.

Un électro-encéphalogramme pratiqué le 5-10-1957 montre alors un tracé nettement modifié avec rythme de fond à 10-11 c./s. en bouffées bilatérales séparées par de courtes périodes de désynchronisation. Il existe en outre de longues périodes de désynchronisation et une augmentation importante des rythmes thêta dans les régions antérieures et moyennes avec diffusion sur tout le scalp lors de l'hyperpnée, ce type de modification orientant plutôt vers des processus biologiques ou organiques (Dr Bert).

Le sujet est traité par convulsivothérapie. Malgré la disparition du gâtisme et la facilitation du contact, il reste délirant et halluciné. Son affectivité fluctue dans d'étroites limites autour d'une note dépressive fondamentale. Des velléités suicidaires ont même été signalées par les infirmiers. Les lettres adressées à la famille restent cohérentes et ne portent pas mention de phénomènes morbides ni ne font allusion aux thèmes délirants. La conviction du caractère thérapeutique et délibérément provoqué par les médecins des expériences vécues reste profonde.

Onze mois après le début de l'affection, le tableau clinique reste pratiquement inchangé et résiste aux diverses thérapeutiques instituées successivement : delta-cortisone, auréomycine, extrait hépatique intraveineux, réserpine, azacyclonol, convulsivothérapie. Une cure de Sakel a été tentée mais a dû être rapidement interrompue devant la gravité des désordres neuro-végétatifs déclenchés.

Les tests sérologiques hépatiques restent perturbés. La B.S.P. est de 10 % à la 45^e minute. La galactosurie provoquée donne des chiffres normaux. Les gamma-globulines restent élevées.

Deux ponctions-biopsies du foie ne réussissent pas à ramener de fragment de parenchyme hépatique. Une encéphalographie gazeuse montre une morphologie et une topographie normales des cavités ventriculaires et cisternales injectées.

A la demande de la famille, le sujet quitte le service avec le diagnostic : état délirant et hallucinatoire à structure paranoïde chez un adulte jeune présentant dans les antécédents immédiats à la psychose une hépatite ictérogène dont les conséquences demeurent soulignées par la perturbation des fonctions hépatiques et dont le décours cirrhotique doit être envisagé.

Discussion. — Devant le cas de notre malade, plusieurs hypothèses peuvent être envisagées : soit rencontre fortuite de deux affections évoluant chacune pour leur propre compte (on ne peut formellement l'écarter) ; soit rôle déclenchant des perturbations métaboliques liées à l'hépatite survenant sur un terrain prédisposé à la psychose (relevons dans les antécédents la notion d'un milieu familial dissocié par le divorce des parents) ; soit rôle directement pathogène de l'hépatite par son virus, éventuellement par un virus de sortie, ou par les lésions hépatiques et les modifications biochimiques qu'elles engendrent.

Il est difficile de choisir absolument entre ces trois hypothèses, trop d'inconnues subsistent encore, et notamment le rôle du foie dans le métabolisme des substances intervenant dans le maintien de l'intégrité psychique, et dont la sérotonine pourrait bien être une des plus importantes.

Le problème reste entier, et nous ne pouvons que souscrire aux vœux de I. A. Brown quand il écrit : « The future now demande intensive biochemical study of enzymes, metallo-enzymes, chromogens, bilirubins, cytochroms and metals. Newer liver function studies are needed as well as better tests of brain dysfunction. »

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE. — ALAJOUANINE (Th.), BOUDIN (G.), SABOURAUD (O.) et DUCROT (H.) : A propos d'une méningo-uvéite ayant succédé à une hépatite à rechute. Société française de neurologie. Séance du 5 novembre 1953. *Revue neurologique*, 1953, 89, 281-285. — BROWN (I. A.) : *Liver-brain relationships*, Ch. C. Thomas Publisher, Springfield Illinois, 1957, p. 198. Bibliographie de 445 titres. — LAFON (R.), LABAUGE (R.) et TEMPLE (J.-P.) : Manifestations psychiatriques au cours de l'hépatite épidémique. *Bull. de la Soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 17 décembre 1954. — LEIBOWITZ (S.) et GORMAN (W. F.) : Neuropsychiatric complications of viral hepatitis. *New England J. Med.*, 1952, p. 246-932. — PLUVINAGE (R.) : Les manifestations neurologiques au cours des hépatites à virus. *Le monde médical*, septembre-octobre 1952, 997, pp. 132-138.

La "fonction d'interview" du test de Rorschach en pratique psychiatrique, par MM. H. COLLOMB, J. BLANC-GARIN, F. CHABERT, R. PLAS et J. LAURENT.

De nombreux psychiatres s'accordent à reconnaître au test de Rorschach un intérêt spéculatif. Moins nombreux sont ceux qui le considèrent comme un instrument valable dans la pratique psychiatrique.

Par ailleurs, des reproches lui sont adressés : 64 % des psychiatres ayant répondu au questionnaire adressé par Pichat avant le Congrès de Bordeaux (1956) (350 questionnaires avaient été distribués) ont fait grief aux tests projectifs (sans exclusion du Rorschach) d'être longs à administrer, à dépouiller et à interpréter. « Le prix de revient du test projectif est considérable, écrivait le rapporteur, à la fois en temps, mais aussi en qualification du personnel. » Le problème du personnel technique lui-même était résumé en une formule lapidaire par un correspondant qui écrivait : « Dans les conditions actuelles des hôpitaux psychiatriques français, les tests mentaux sont un luxe. » Il n'en reste pas moins que dans certains cas, dont il est encore difficile d'affirmer qu'ils sont exceptionnels, le test de Rorschach s'avère être un instrument diagnostique remarquable. C'est un cas de cet ordre que nous voulons rapporter aujourd'hui.

OBSERVATION. — Am... Maurice, célibataire, âgé de 21 ans, est hospitalisé dans le service de neuro-psychiatrie de l'hôpital Michel-Lévy après douze mois de service, pour un syndrome associant de l'obnubilation, des céphalées avec vertiges, des nausées avec quelques vomissements, sans élévation thermique.

À l'entrée, l'examen clinique est négatif et le syndrome se résout spontanément très rapidement. L'électro-encéphalogramme se caractérise par des tracés plats rapides et désynchronisés avec quelques rares ondes alpha à 9/10 c./s. dans les régions postérieures, une réponse nette à la stimulation lumineuse intermittente par les fréquences lentes, une légère resynchronisation à l'hyperpnée, bref, un tracé normal. Une activation au cardiazol n'apporte rien de significatif. Le fond d'œil, le C.V., ne révèlent pas de particularité pathologique. Liquide céphalo-rachidien, hémogramme et vitesse de sédimentation sont normaux.

D'un interrogatoire psychiatrique sommaire ne ressort que la notion d'une amnésie presque totale portant sur la courte période qui a précédé l'hospitalisation et d'une personnalité schizoïde sans signes de discordance.

L'exploration des antécédents, qui ont été précisés lors d'une entrevue avec le père du sujet, nous fournit les indications suivantes :

La naissance a été normale. Le développement psychomoteur n'a subi nul retard important. Il persiste encore une énurésie intermittente. Depuis l'âge de 5 à 6 ans sont survenus une vingtaine d'épisodes syncopaux (avec une seule miction) suivis d'une courte période d'obnubilation. Brucellose à 13 ans.

Le sujet a toujours vécu dans sa famille. Il a fréquenté l'école communale jusqu'à 15 ans, mais n'a pas présenté le certificat d'études primaires « par négligence ». Depuis lors, il travaille dans l'atelier de menuiserie paternel. Son rendement est irrégulier ; le père signale des interruptions de travail durant plusieurs jours, survenant apparemment sans motif et, quelquefois, annoncées par des fugues d'une journée environ, rares au demeurant.

Le père, menuisier, est en bonne santé. C'est un personnage calme, débonnaire. La mère serait atteinte d'un syndrome extrapyramidal de type parkinsonien ou d'une S.E.P. depuis déjà une quinzaine d'années. La fratrie compte quatre frères et sœurs.

Un frère âgé de 24 ans présentait un ulcus duodénal dès l'âge de 16 ans ; il fut réformé pour schizophrénie. Une sœur âgée de 23 ans, totalement apragmatique, vit dans un monde autistique en écrivant des romans délirants.

Devant le tableau clinique présenté par le sujet, on évoque, la possibilité d'une atteinte encéphalitique d'origine indéterminée tout en faisant d'importantes réserves, compte tenu de la constante négativité des examens paracliniques. Néanmoins, en raison des antécédents, on pratique un Rorschach, dont voici le texte intégral :

I

30" 1 — Peau ouverte en 2. C'est tout.

c 2 — Chauve-souris.

(Enquête : Elle est en train de voler dans la nuit. C'est quelque chose de bien troublé. Elle est bizarre, surnaturelle).

2'

II

2'30 c

2'45 d ...Je sais pas... Rien.

4' (Enquête : Maintient obstinément son refus).

III

15' 1 — Papillon (R. méd.).

2 — Deux autruches (R. lat.).

3 — Genre de corps humain (les personnages plus les « papiers », moins les jambes).

4 — Des bras, avec les mains (« jambes des H. »).

(Enquête : Précise que c'est indépendant du « corps humain » précédent).

5 — Ce dessin, on a l'impression qu'il manque de liberté... les oiseaux sont en cage... ils sont pris par les hommes.

6 — Ces mains, elles montrent... l'enfer... quelque chose d'obscur (noir méd.).

8'15

IV

30" c, a 1 — Peau de Buffle détendue.

(Enquête : C'est toujours obscur).

2 — Deux serpents (D lat. sup.) qui veulent s'emparer... mais je ne sais pas de quoi... qui veulent envenimer cette tête (le D méd.).

- 3 — Parce que ça (D méd.), ça me fait l'impression d'une tête... elle a l'air en colère.
- 4 — Ces parties-là (« bottes »), on a l'impression qu'elles veulent s'échapper / Quelles parties ? / — Les mains, les bras...
...Le tout a l'air bizarre, obscur, mouvementé.

(Enquête : Cette partie n'est pas encore envenimée (gris clair lat. inf.).)

13'15

V

- 5" 1 — Chauve-souris ou papillon qui vole... les ailes semblent un peu lourdes.

(Enquête : Leur teinte paraît plus envenimée que celle du milieu).

- 15' 2 — Deux antennes qui dirigent sa route... C'est tout.

VI

- 15" c
- 45" a 1 — Ça, (petite tache claire sur l'axe) pour moi, ça représente l'âme.

(Enquête : Parce que c'est placé au milieu et que ça doit avoir un droit sur le reste).

- 2 — Et pour moi, c'est ça, ces deux lignes (l'axe) que dirige l'âme.

- 3 — Ces parties-là (ailes sup.) ont l'air de se dévergonder / Comment ? / — Je veux dire de s'enfuir, s'échapper.

(Enquête : A cause de la différence des teintes et du découpage).

- c 4 — Ces parties-là (« crochets » inf. méd.) me semblent bizarres, mais je ne sais pas ce que c'est... Des crochets.

(Enquête : Je les imagine fixés à quelque chose pour que l'âme ne puisse s'échapper).

...C'est une drôle d'impression, mais je ne sais pas dire quoi... teintes bizarres.

22'

VII

- 20" c 1 — Deux têtes qui crient (gris clair méd., au bord du tiers sup.)... ou qui appellent... ceci (le reste du tiers sup.) représente leur corps.

(Enquête : Ce sont des êtres humains avec un dos bien bossu).

...Ils crient, ils appellent au secours. Ils veulent s'échapper mais cette partie-là (tiers méd.) les tient ; mais s'ils tombent, ils vont tomber dans le vide, puisqu'ils regardent le bas.

- c 2 — Là c'est le ciel (tout le blanc de la planche en bas, position c), oui c'est ça.

- c 3 — Là (noir méd. inf.), c'est l'âme de la bête malfaisante qui veut les entraîner vers le haut... et pourtant c'est le ciel... (manifeste de la perplexité à cause de cette contradiction).

(Enquête : Ceci (noir méd. inf.), c'est le noyau qui

gouverne le reste et ceci (2 petits traits noirs dans le gris méd. inf.) dirige le chemin).

...Oui, c'est deux diables qui veulent pas aller vers le ciel et pourtant on les entraîne.

- c 4 — Ces deux parties-là (tiers méd.), on dirait des enfants. Ils sont entraînés vers le ciel par cette partie (tiers inf.).

(Enquête : Ce sont des enfants qui n'ont pas péché, ils sont tout ronds).

- 27' c 5 — Cette partie (tiers inf.) serait les anges.

VIII

- 26'' c, a 1 — Deux bêtes à peau qui essaient de grimper mais elles n'y arrivent pas, parce qu'elles sont tenues.

(Enquête : C'est la différence des teintes dans la couleur qui me fait penser à la peau).

- 2 — Ceci (sommet du gris) représente la réussite. S'ils arrivent en haut ils auront réussi, ils auront la vie éternelle.

- 3 — Le milieu représente la justice suprême (triangle méd.).

- 4 — Dans le bas (montre la partie méd. de l'orange), il y a quelque chose de louche.

- 5 — Là (point au-dessous du Ddbl méd. sur l'axe), c'est le point par où le haut veut se détacher, les bêtes veulent se détacher d'avec le haut.

...Là aussi, ces parties roses voudraient se détacher, mais elles ne peuvent pas.

(Enquête : Parce qu'elles sont soudées aux parties orangées).

- 6 — Les bêtes aussi sont enracinées dans le mal (montre les saillies lat. inf. du rose).

- 7 — Voilà les têtes du mal (saillie lat. inf. de l'orange).

(Enquête : Elles sont chargées de surveiller que les bêtes ne s'en aillent pas... (après un temps de silence) : un vagin (partie claire sur l'axe, en bas) ; c'est la région par où le mal serait entré pour contaminer cette portion (orange) ; ceci (le rose) est moins contaminé).

32'

IX

c, a, d

- 35'' c 1 — Voilà : ça, c'est les yeux, le cerveau, et tout. (Ddbl « pied du vase » au centre).

(Enquête : C'est ce qui secrète le mal).

- 2 — Le jaune qui descend, ça représente la partie plus souillée, la plus perversie, qui est en train de saigner, de pourrir / Quelle partie ? / — Le sexe et même dirais-je le sexe féminin.

...C'est bizarre, là on voit... enfin ça va... ça va bien, / Qu'est-ce que vous voyez ? / — ça va... / N'hésitez pas,

dites ce que vous voyez / — non, non ça va, passons à une autre chose...

(Enquête : Cette partie-là (le rose en position c) est moins souillée — c'est 2 bébés pas souillés qui vont descendre par là (l'axe et le Dbl) et qui sortiront en bas contaminés / Vous m'aviez dit que par-là (dans le vert et l'orange, position c), on voyait quelque chose de bizarre... / (un temps de réticence, puis) : C'est le sexe féminin et masculin ensemble. Ça (orange) c'est le sexe féminin, et le vert c'est le sexe masculin. Ça (tête de cerf) c'est... l'organe, la verge, et ça (le vert) les testicules. Les testicules vont sécréter le sperme qui va couler par l'urèthre, par là (museau de cerf) ; la tête qui sécrète le mal (Ddbl au centre) contrôle tout ça avec les bébés...).

37'

X

...Euh ! il est trouble ce dessin.

25" c 1 — Voici 2 têtes de bêtes qui tiennent une certaine chose (bleu méd.).

(Enquête : Ceci (bleu méd.), ce sont les portes de la pureté).

2 — Et cette bête de proie (vert méd.) veut s'en saisir.

3 — Ces deux parties (rouge) sont la justice, enfin les bases, ce qu'il y a de bien, le bien-être...

4 — ...et ces bêtes de l'extérieur (tous les D lat.) s'y attaquent.

(Enquête : Ceci (vert méd.), c'est le chef de l'Impur qui les commande).

5 — Et l'âme (Dd bleu clair méd.) est tenue comme je l'ai dit... Et cette bête de proie (vert méd.), qui est le Chef Suprême de tout ceci veut s'en saisir.

6 — Et c'est ceci (gris méd.) qui a donné vie à tout le reste.

(Enquête : C'est un Dieu qui soutient l'ensemble du monde. Tout ceci (le reste de la planche) serait le monde).

7 — Ça (orangé méd.), c'est un point souillé qui a réussi à s'introduire à l'intérieur et qui essaie d'en sortir. / Souillé comment ? / — Souillé au point de vue sexuel.

(Enquête : C'est le mal sexuel / Comment ? une maladie sexuelle ? / — Non, c'est un spermatozoïde qui est entré (jaune méd.). Ça, c'est quelque chose qui hésite entre le bien et le mal. Le tout est en mouvement. Ceci (rouge) serait plutôt arrêté, mais ça pourrait se mettre en mouvement si besoin était).

Fin à 43'

Voulant souligner seulement ici la « valeur d'interview » d'un pareil protocole, long et complexe, nous laisserons de côté ce qui est pourtant habituellement l'essentiel, c'est-à-dire le dépouillement classi-

que (1), qui seul permet une investigation profonde, nuancée et complète. Nous tenterons donc de dégager les grandes lignes de ce protocole, et en particulier ce qu'il révèle d'emblée et qu'aucun examen clinique n'avait jusque-là mis à jour.

Ce qui aurait frappé n'importe quel examinateur, au cours même de la passation du test, c'est le fait que, à partir de la planche III, les taches ne sont pour le sujet qu'un tremplin qu'il abandonne très vite pour fabuler et extérioriser les éléments d'un délire qu'il tenait caché jusqu'ici. Il est intéressant de noter comment se fait cette extériorisation : d'abord, tous les mécanismes de défense entrent en jeu et le malade ne donne que très peu de réponses banales (planche I) ou même refuse (planche II).

Puis, après les interprétations presque banales de la planche III, un commentaire fait ressortir une première abstraction ; il est suivi de deux confabulations. Elles sont comme l'amorce de l'extériorisation du thème délirant qui, à partir de la planche IV, se fait progressivement pour aboutir à la planche X à une confabulation rapide développant les éléments essentiels du délire :

(1) Nous l'indiquerons seulement ici pour mémoire :

R = 38 (VIII-X = 16) T = 43 (15-28) T.R.M. = + de 1'

G = 6 (4+, 2 DG conf)
 D = 20 (18 D : 2 DdD)
 Dd = 10 (4 Dd, 1 Ddd, 1 Ddbl, 4 Da)
 Dbl = 2

K = 0
 Kp = 1
 F = 17 (5+, 8-, 4- ind)
 Fclob = 2, clob = 1
 FC = 1, CF = 0, C = 1
 Position = 6

H = 4 (2 H + 2 Hd)	F + % = 30
A = 11 (8 A + 3 Ad)	A % = 29
Obj = 1	Ban = 5 = 13 %
Scène = 1	Orig. = la majorité des interpré-
Peau = 2	tions sont des « rép. indi-
Yeux = 1	viduelles ».
Ame = 3	T. Appr. = G-D-Dd-Dbl
Ciel = 1	Succ : relâchée
Age = 1	Type de RI : 0/2
Sexuel = 2 (+)	Phénomènes particuliers = voir com-
Enfer = 1	mentaire (dans le texte),
Abstraction = 8	
« Point de rupture » = 1	
Quelque chose de louche = 1	

1) L'âme « centre » de l'être, « partie claire » de l'individu (petites taches claires sur l'axe médian aux planches VI et X).

2) La justice suprême, la réussite, le ciel : réponses déterminées par la position et la couleur claire ou blanche : planches VI, VII, VIII, X.

3) Le « chef de l'impur », puissance maléfique, bête de proie voulant s'emparer du Bien et l'envenimer, et son domaine l'Enfer (taches sombres sur l'axe médian aux planches III, VII, VIII, IX et X).

4) Le « mal sexuel » (n'apparaît qu'à la planche IX et après de fortes réticences) : les « parties souillées » pourrissantes, confabulation de coït, enfants naissant « contaminés », le tout contrôlé par la « puissance du mal » au centre de la planche.

Ainsi, les éléments confabulatoires apparus au cours du protocole ne sont que l'expression d'un seul thème, celui du Bien et du Mal, projeté dans une symbolique élémentaire : le Bien, tout à la fois le Bien métaphysique, « la partie supérieure de l'Être », l'âme et la justice ; le Mal est en même temps que le Mal métaphysique (chef de l'impur, Enfer), le mal sexuel.

En plus de ces composantes du délire, il faut noter quelques phénomènes particuliers : baisse de la conscience de l'attitude interprétative ; importance des « ruptures » (IV, VI, VII, VIII) ; un certain « maniérisme verbal » (par exemple : « Les parties ont l'air de se dévergondner », planche IV) ; la répugnance et le désarroi que les planches, en particulier les deux dernières, inspirent au sujet, au point que par la suite il ne voudra plus les regarder.

On pourrait compléter cette vue d'ensemble du protocole en utilisant la méthode issue des travaux de l'école hongroise de Merei (1) sur « le caractère de sollicitation » des planches du Rorschach. Soulignons, comme l'a fait Merei lui-même, qu'il ne s'agit que d'une méthode complémentaire du dépouillement classique.

Nous nous bornerons, à titre d'illustration, à appliquer cette méthode d'étude aux interprétations des trois planches suivantes : la planche I, planche de la situation initiale, situation de présentation, correspondant à la question : « Qui parais-tu être ? Comment te présentes-tu à autrui ? » ; la planche V, planche dite « facile », planche de « l'adaptation à la réalité », correspondant à la question : « Comment te comportes-tu dans la vie quotidienne ? » ; la planche X, terminale, planche de « l'espace de vie », correspondant à la question : « Quel est ton univers ? De qui, de quoi et comment est-il composé ? »

On pourrait donc, à partir des interprétations données par le sujet à ces trois planches, schématiser et traduire ainsi (dans une première

(1) Voir E. BOHNN. — *Traité du psycho-diagnostic de Rorschach*, t. I, p. 223-224.

traduction grossière) les réponses du sujet aux trois questions ci-dessus :

Planche I (deux banalités, puis un arrêt, des réticences) : « Je suis, je veux paraître un homme comme les autres. C'est tout, je ne veux pas en dire plus. Rien d'original ni de suspect chez moi. » (C'est ainsi qu'il apparaît à l'examen clinique).

Planche V (une banalité, un détail qui vient la compléter ; aucune des perturbations constatées fréquemment dans les protocoles de schizophrènes à cette planche) : « Je vois les choses comme tout le monde. Je ne suis pas en rupture avec la réalité. »

Planche X (le contraste avec les planches I et V est radical ; ici, il n'y a plus de « banalités », mais au contraire plusieurs abstractions, plusieurs réponses, positions, confabulations, évoquant, comme nous l'avons dit plus haut, les éléments essentiels du délire) : « Mon espace de vie, ce n'est plus celui de tout le monde, c'est même l'autre monde qui n'a plus rien d'humain, qui est contaminé par le "chef de l'impur", cherchant qui dévorer. »

Inquiétés par un tel protocole, nous pratiquons alors une narco-analyse, que le sujet n'accepte de subir qu'après une opposition difficilement levée.

Très rapidement (après injection d'un centicube de solution d'eunocyal à 5 %), le sujet éclate en sanglots en s'écriant : « Je suis un lâche, il est mort », et en répétant plusieurs fois ces quelques mots. Répondant à nos questions, il nous apprend alors qu'à l'âge de 10 ans un camarade s'est noyé dans un bassin en sa présence. Frappé de stupeur, il avait été incapable de porter secours à la victime, et même d'appeler à l'aide. Depuis lors, il s'accuse secrètement de lâcheté. Tout le monde sait qu'il est un lâche, en particulier les femmes, avec lesquelles des tentatives de rapport sexuel ont échoué, la verge devenant flaccide lors de l'intromission. Cet ami disparu est devenu un démon et veut l'entraîner en enfer : le sujet lutte contre des tentations fréquentes et éprouve quelquefois l'impression qu'une volonté étrangère se substitue à la sienne et le contraint à des actes imposés. Il est en même temps protégé par le ciel et ébauche ainsi un système délirant de type manichéiste. Le camarade est « le chef des démons » (rapprochons ce titre de celui de « chef de l'impur », que nous retrouvons dans le protocole de Rorschach). Enfin, le chef des démons aime la sœur malade du sujet et « veut la posséder pour en faire aussi un grand démon ».

Deux jours plus tard, après quelques réticences, le sujet extériorise à nouveau les thèmes délirants révélés sous narco-analyse et précise la chronologie des faits. Le délire paraît avoir puisé ses matériaux dans deux moments féconds, survenus, l'un à l'âge de 16 ans, l'autre dans les jours qui ont précédé son admission dans le service. Son camarade lui est apparu « vêtu de feux, mal rasé, étrange, et envi-

ronné d'une armée de diabolins », par ailleurs, « il est devenu adulte ».

L'évocation des planches du Rorschach déclenche une vive réaction émotive chez le sujet, et c'est une véritable panique qui s'empare de lui lorsque l'un des médecins fait mine de se saisir d'une planche dans un tiroir pour la lui présenter. Ceci témoigne bien de la signification magique que revêtent les planches pour le sujet.

Notons que dans la suite de son séjour le sujet s'est montré accessible à la psychothérapie sans que celle-ci puisse toutefois maîtriser totalement un délire qui ne paraît point fortement entraver sa vie sociale.

Devant cette observation privilégiée, il nous a paru légitime de nous interroger sur l'opportunité d'une utilisation plus large des tests projectifs dans les épisodes confuso-tuporeux, si fréquents dans notre pratique psychiatrique chez le jeune. A défaut d'une passation complète du test avec la sanction « dépense du temps » qu'elle comporte, et demeurant par ailleurs hostile à l'utilisation sommaire d'un test si précieux dans l'étude du malade en profondeur, nous pensons qu'il y aurait peut-être intérêt à utiliser les trois planches du Zullinger, dans l'espoir de les voir déclencher des réponses vainement sollicitées par ailleurs, bornant leur rôle à celui de questionnaire inducteur dans une véritable interview. Nous espérons rapporter plus tard le résultat de notre expérience.

Evolution des effectifs d'entrées de la population masculine d'origine nord-africaine musulmane pour l'année 1957,
par MM. G. DAUMÉZON, Y. CHAMPION et J. CHAMPION-BASSET.
(Travail de la section psychiatrie de l'Institut national d'hygiène)

Comme mise à jour d'une revue générale récemment publiée (1) des problèmes d'assistance psychiatrique posés par la population masculine d'origine nord-africaine musulmane immigrée en France métropolitaine, on trouvera ci-dessous un certain nombre de données relatives à l'évolution des effectifs d'entrées pour l'année 1957 (services fermés).

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 1957, 578 entrées ont été enregistrées, en ce qui concerne la population considérée, pour l'ensemble des hôpitaux psychiatriques de la Seine (contre 326 en 1956). La moyenne mensuelle s'établit ainsi à 48 (contre 27 en 1956).

Les effectifs mensuels d'entrées se répartissent comme suit : janvier, 34; février, 37; mars, 56; avril, 37; mai, 41; juin, 58; juillet, 63;

(1) DAUMÉZON (G.), CHAMPION (Y.) et Mme CHAMPION-BASSET. — L'assistance psychiatrique aux malades mentaux d'origine nord-africaine musulmane en métropole. *Monographie n° 14 de l'Institut national d'hygiène*, Paris, Ministère de la santé publique, 1957.

août, 45 ; septembre, 42 ; octobre, 47 ; novembre, 51 ; décembre, 67.

En ce qui concerne l'ordre d'internement, on note : 419 premiers placements ; 29 premiers réinternements (dans l'année) ; 81 premiers réinternements (autre année) ; 4 seconds réinternements (dans l'année) ; 32 seconds réinternements (autre année) ; 10 troisièmes réinternements ; deux quatrièmes réinternements ; un cinquième réinternement. Il n'existe pas de réinternement d'ordre supérieur. On note donc ainsi 159 réinternements sur 578 entrées, soit 27,5 %.

Les effectifs totaux d'entrées globales (hommes) dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine s'élèvent en 1957 à 3.961, contre 3.303 en 1956 (entrées directes dans les établissements de banlieue comprises). Les entrées masculines d'origine nord-africaine musulmane représentent donc ainsi 14,59 % de l'effectif global d'entrées masculines.

Il est à cet égard intéressant de rappeler, en raison de ses répercussions sur le fonctionnement de l'appareil d'assistance, l'évolution du rapport des effectifs des entrées nord-africaines aux entrées masculines globales pour les dernières années. Cette évolution est la suivante : 1945, 2,18 % (nord-africains, 27 ; total, 1.238) ; 1946, 2,37 % (nord-africains, 31 ; total, 1.307) ; 1947, 2,41 % (nord-africains, 33 ; total, 1.368) ; 1948, 2,41 % (nord-africains, 37 ; total, 1.540) ; 1949, 3,93 % (nord-africains, 71 ; total, 1.806) ; 1950, 4,86 % (nord-africains, 103 ; total, 2.115) ; 1951, 6,57 % (nord-africains, 155 ; total, 2.358) ; 1952, 5,27 % (nord-africains, 137 ; total, 2.598) ; 1953, 4,95 % (nord-africains, 133 ; total, 2.685) ; 1954, 5,84 % (nord-africains, 161 ; total, 2.753) ; 1955, 7,74 % (nord-africains, 216 ; total 2.790) ; 1956, 9,86 % (nord-africains, 326 ; total, 3.303) ; 1957, 14,59 % (nord-africains, 578 ; total, 3.961).

L'évolution croissante des effectifs d'entrées masculines d'origine nord-africaine musulmane, relevée dans la Seine, se retrouve dans les hôpitaux psychiatriques de province. Pour les dix établissements de province antérieurement étudiés, les chiffres concernant la période 1953-1957 sont les suivants (pour les années antérieures, voir la publication citée). Hôpital psychiatrique de Montperrin-Aix : 1953, 7 ; 1954, 5 ; 1955, 12 ; 1956, 25 ; 1957, 28. Hôpital psychiatrique de Naugeat-Limoges : 1953, 4 ; 1954, 3 ; 1955, 2 ; 1956, 3 ; 1957, 2. Hôpital psychiatrique de Leyme : de 1953 à 1956, 0 ; 1957, 3. Hôpital psychiatrique de Lommelet : 1953, 7 ; 1954, 8 ; 1955, 4 ; 1956, 23 ; 1957, 13. Hôpital psychiatrique de Limoux : 1953, 2 ; 1954, 3 ; 1955, 4 ; 1956, 6 ; 1957, 7. Hôpital psychiatrique de Cadillac : 1953, 4 ; 1954, 4 ; 1955, 2 ; 1956, 5 ; 1957, 9. Hôpital psychiatrique de Clermont-d'Oise : 1953, 2 ; 1954, 3 ; 1955, 5 ; 1956, 4 ; 1957, 14. Hôpital psychiatrique de Saint-Lizier : 1953 à 1956, 0 ; 1957, 2. Hôpital psychiatrique de Privas : 1953, 3 ; 1954, 2 ; 1955, 3 ; 1956, 8 ; 1957, 18. Hôpital psychiatrique de Saint-Alban : 1954, 1 ; 1955, 1 ; 1956, 1. Total pour les dix établissements : 1953, 29 ; 1954, 29 ; 1955, 33 ; 1956, 75 ; 1957, 96.

Compte tenu du fait que ces divers établissements représentent des aires de drainage pour lesquelles l'importance de l'immigration est très variable, la tendance globale est identique à celle notée pour le département de la Seine.

Nous tenons à remercier tout particulièrement de leur collaboration MM. les Médecins-Chefs et Directeurs administratifs des établissements de province mentionnés ci-dessus, ainsi que M. Bordier (statistique de la Seine) et Mlle Flick (tutelle). Il nous est impossible, dans le cadre de cette communication, d'aborder plus largement la discussion des chiffres présentés. On pourra trouver éventuellement dans la publication citée en référence les éléments de cette discussion.

La négation de l'aliéné,
par R. VALLET, lue par M. FERNANDEZ.

Parmi les réactions psychologiques que provoque l'internement dans l'entourage du malade, on peut individualiser une conduite assez particulière, celle où le sujet va être d'emblée et définitivement délaissé par les siens ; l'aliéné va être en quelque sorte « nié » en tant que partie intégrante du groupe familial.

Certes, l'aliénation implique justement qu'un individu soit rejeté d'une société et en fin de compte nié par elle. Cependant, et même pour des malades ayant commis de graves actes médico-légaux, certaines attaches persistent le plus souvent entre l'interné et ses proches. Cette ségrégation voulue par la société pour sa défense, créée et codifiée par elle, n'adultere pas tous les sentiments familiaux. Le malade continue d'être en relations avec ses proches, soit directement par des visites, soit seulement, de façon plus détachée, par des lettres, demandes de nouvelles, etc...

La négation globale, absolue, d'un interné par son groupe familial ne peut certainement pas être conçue indépendamment de l'organisation asilaire carcérale qui la sous-tend, mais elle déborde largement le problème des structures psychologiques hospitalières. On comprend aisément que le vieil asile, avec ses murs infranchissables, ses fenêtres à barreaux, rebute les mieux intentionnés, que ce vieil asile si peu « hospitalier » soit un obstacle à la reprise ou même à la simple continuation de relations harmonieuses entre le malade et sa famille. Cependant, des améliorations matérielles et psychologiques se font jour en maints endroits, et certaines réticences des familles peuvent légitimement étonner.

On est frappé, en effet, par la disparité des liens unissant le malade interné à son entourage, qu'il s'agisse de visites, correspondance, ou autres manifestations d'intérêt. Tout d'abord, il faut observer que ces marques d'affection ne sont pas toujours, comme l'on serait en droit

de s'y attendre, en rapport avec la bénignité des troubles psychopathiques et le caractère passager de l'hospitalisation : il suffit pour s'en convaincre de constater l'assiduité de certains parents à rendre visite à leurs enfants arriérés profonds incurables. A l'inverse, le groupe familial pourra avoir rompu toutes relations avec le malade, toutes formes de contact même par correspondance : il s'agit, en somme, d'une véritable conduite de négation de l'aliéné, qui peut revêtir un caractère particulièrement frappant quand il s'agit de malades lucides possédant de proches parents à proximité.

Naturellement, toute une série de conduites ambiguës seront possibles : désintéressement partiel par lassitude ou négligence, refus de coopération à la réadaptation sociale extérieure, compassion très superficielle, ne masquant qu'avec peine un soulagement évident.

Sous leurs formes mineures, ces négations déguisées vont constituer un problème quotidien, pouvant mettre obstacle à un certain nombre de sorties médicalement possibles ; mais que l'ensemble familial perpétue une attitude absolue de méconnaissance (ou plutôt de non-reconnaissance) de parents internés reste heureusement une éventualité plus rare.



Quels seront les motifs de cette conduite ? Ils peuvent être assez variés, et nous n'avons pas l'intention d'en entreprendre ici une étude exhaustive. Une remarque s'impose cependant : le refus de contact entre la famille et le malade au cours de son internement n'est pas obligatoirement en rapport avec la tolérance antérieure du milieu à la conduite pathologique. Autrement dit, un milieu peut être très intolérant, du fait, par exemple, d'une mauvaise structuration socio-économique — logement exigü, ambiance conflictuelle du groupe familial pris dans son ensemble, difficultés financières —, et des relations suivies vont malgré tout persister entre l'entourage et le psychopathe. A l'opposé, le cadre familial peut être extrêmement souple, les bizarreries, exigences ou brutalités longtemps supportées ; mais, lorsque la décision d'internement est prise, elle sera irrémédiable et s'imprégnera d'un pessimisme teinté d'hostilité qui n'est pas très éloigné de la négation.

En somme, l'internement résulte de ce déséquilibre entre les perturbations du comportement du malade et les composantes d'adaptation familiales ou sociales. Mais il paraît difficile de préjuger de la conduite du groupe familial vis-à-vis de l'interné en se basant uniquement sur les inter-relations psychologiques qui ont précédé l'hospitalisation.

Une première éventualité, certainement la plus fréquente, va se présenter. Il s'agit de ceux dont la détérioration psychique ne permet plus de rapports cohérents avec le monde extérieur. Pour tel dément

sénile, par exemple, les premiers troubles mnésiques avaient été l'objet d'une commisération attentive et inquiète de la part des siens ; puis les ans ont passé, et visites et demandes de nouvelles se sont progressivement espacées. Cette relégation asilaire pourra apparaître d'emblée, mais le plus souvent elle ne se manifestera que plus tard. Des liens de surface peuvent d'ailleurs longtemps persister, qui ne seront que de pure convenance, de même une visite de routine que ne sous-tend aucun ressort affectif. Mais assez souvent le malade va être oublié, il n'existera plus pour les siens. Nié par la société, nié par ses proches, ne l'est-il pas aussi par le médecin qui signe hâtivement ses cahiers de prescription et s'assure par une immuable et rapide visite que les grandes lignes d'hygiène sont respectées ?

Plus intéressantes que ces conduites d'oubli apparaissent certaines réactions du groupe familial face à l'aliénation, alors que le malade a conservé des potentialités intellectuelles et affectives de relations avec son entourage. En effet, dans le cas le plus général, l'interné va, malgré la séparation, continuer à adhérer à son groupe familial, soit par son passé, soit par l'espoir entrevu que le trouble ne sera que passager. La pérennité de liens même assez relâchés suggère que l'aliéné n'est pas en fait totalement rendu étranger aux activités actuelles de sa famille, à ses préoccupations et à ses projets. C'est donc, à l'inverse, une position assez inhabituelle que celle du sujet abandonné par ses proches dès qu'il franchit la porte de l'hôpital. Dans ce cas, il va être coupé du tronc familial comme une branche morte, et la vie du groupe, un moment perturbée, va se restructurer en fonction de la non-existence de l'aliéné.

Quel que soit le ressentiment légitime vis-à-vis d'un de ses membres dévalorisant, cette réaction familiale peut à bon droit surprendre. Elle ne peut d'ailleurs pas se concevoir indépendamment du cadre asilaire qui la conditionne, c'est une négation du couple psychologique asile-aliéné.

Pour beaucoup d'esprits, même très éclairés, le placement dans un hôpital psychiatrique, lieu mystérieux et un peu menaçant, conserve assez souvent la signification d'une expiation méritée (« Il l'a bien cherché », entend-on dire quelquefois). L'asile garde indubitablement une fonction de réclusion, et tout ce que l'on a coutume d'appeler les préjugés concernant l'aliénation persistent très vivaces un peu partout. Il paraît cependant insuffisant d'évoquer la structure psychologique asilaire pour expliciter pleinement une conduite d'abandon prolongé, de négation totale d'un malade lucide par sa famille. Une part doit être nécessairement faite aux perturbations familiales qui ont motivé l'internement, et, plus qu'à leur élasticité, à leur retentissement sur le plan moral qui engagent situationnellement le groupe. Que parfois des intérêts pécuniaires et de nouvelles attaches sentimentales puissent entrer en jeu, voilà, certes, une autre source de relégation asilaire qui mérite notre attention, mais souvent alors une sollicitude

de surface risque d'être manifestée vis-à-vis du malade. Si, par contre, il s'est agi d'un comportement délictuel, s'accompagnant d'une importante publicité, une attitude de négation pourra se faire jour plus facilement. L'internement par non-lieu pourra alors être rendu comme un soulagement qui aliène l'individu de son groupe. Mais la dévalorisation du nom, quelques commentaires insérés dans la presse, l'extension de la réprobation publique sans discernement à l'ensemble de la famille, peuvent porter en eux le germe d'une rupture et d'un abandon définitifs.

*
**

Dans le cadre de ces conduites de négation, nous voulons rapporter à titre d'exemple l'observation d'un malade présentant un état de déchéance morale alcoolique et interné après non-lieu pour vols. Or, depuis six ans, il n'y a eu, entre ce sujet particulièrement lucide et bien adapté à la vie asilaire, et ses enfants, qui habitent cependant à proximité, aucune relation : absence de visites, absence de lettres, absence de toute demande de nouvelles. Ce désintéressement absolu paraît frappant, d'une part, en raison de son caractère massif : refus de tout rapport, d'autre part, en raison du léger degré des troubles psychopathiques présentés (qui peuvent certes s'opposer à la sortie inconditionnelle, mais non pas à la persistance de liens entre le malade et sa famille).

Nous résumerons donc les événements, somme toute assez banaux, qui jalonnent son existence, mais qui permettent de suivre la transformation de ce comptable, issu d'une famille aisée, en un vagabond alcoolique volant des produits alimentaires pour satisfaire ses besoins immédiats. Non que nous envisageons de pénétrer la psychogénèse de sa conduite éthylique, cette étude serait rendue bien aléatoire, tant en raison du caractère rétrospectif des faits psychologiques à expliciter (il est déjà interné depuis six ans), qu'en raison de la persistance d'une conduite de mauvaise foi, où la dissimulation de tout excès éthylique le dispute à divers mensonges et équivoques.

Dresser ce rapide tableau biographique nous permettra cependant de suivre grossièrement la construction psychologique de sa personnalité et de le mieux situer dans son contexte familial. Ensuite, nous décrirons sa vie de malade interné, la tentative de réadaptation entreprise sur l'initiative de sa maîtresse (sans qu'il y ait été porté le moindre intérêt de la part de sa famille), enfin son échec, ayant amené une seconde hospitalisation un peu plus de un an après.

Les faits qui ont motivé l'internement sont à la fois banaux et bénins : il s'agit de vols répétés, perpétrés très certainement en état d'ébriété aux rayons des produits alimentaires des grands magasins.

Condamné à deux reprises en 1951, d'abord à deux mois puis à quatre

mois de prison avec sursis, il subit ensuite un examen psychiatrique et l'expert (Dr Guilbert), auquel nous empruntons certains des éléments qui vont suivre, conclut à l'irresponsabilité totale pour déchéance morale et alcoolique. A son entrée à l'hôpital en 1952, A. P. était marié et père de trois enfants mais séparé depuis longtemps de sa femme. Il est depuis un an déjà sans domicile fixe ; c'est à cette date également qu'il a abandonné son travail, sans doute congédié par son employeur. A cette époque, il a l'aspect fatigué, le faciès atone ; il répond correctement aux questions qu'on lui pose, mais on peut remarquer qu'il va souvent user de mensonges et qu'il a peu de réactions quand on lui fait observer que les faits réels s'avèrent en désaccord formel avec ce qu'il a pu prétendre.

Retraçons rapidement son histoire : né en 1900 d'une famille modeste mais aisée, il jouit dans son enfance d'un milieu familial qui paraît sensiblement harmonieux ; le père est commerçant ; et peu après avoir terminé ses études primaires, il passe le brevet élémentaire, qu'il obtient, ainsi que le certificat d'aptitude professionnelle à la comptabilité. Après s'être engagé en 1917 et obtenu un grade mineur, il se marie à 20 ans avec une jeune fille de son âge. Cette union ne satisfait pas ses parents, qui pardonnent peu à leur fils ce mariage avec une femme au-dessous de sa condition. Cette désapprobation est partagée d'ailleurs par son frère, notaire, qui occupera plus tard d'importantes fonctions politiques.

Que dire de sa vie conjugale à cette époque, il apparaît fort probable qu'elle a dû être assez rapidement houleuse et cahotante ainsi qu'en témoignera plus tard l'abandon du domicile conjugal qu'il justifiera en se prévalant de l'infidélité de sa femme. Fait prisonnier à la deuxième guerre mondiale, il est rapatrié après sa captivité comme ancien combattant et sera titulaire d'une pension militaire. Concubinage inaugural peu de temps après son retour, il restera désormais séparé de sa femme ; cependant, il continue à voir régulièrement sa fille aînée, environ une fois par semaine.

L'aggravation de ses habitudes éthyliques va faire progressivement de lui une véritable épave sociale. Passant ses nuits dehors, logeant épisodiquement dans un centre d'accueil, sans domicile fixe, sans travail fixe, ayant été suspendu en 1951 de sa profession d'agent des Ponts et Chaussées.

Au point de vue physique, il s'agit d'un sujet petit, ramassé, de morphologie pycnique caractérisée. On ne relève chez lui ni dans sa famille aucun antécédent psychopathique. Un traumatisme crânien sans gravité, un épisode pulmonaire contracté en captivité, ont été ses seules affections. L'examen physique permet de confirmer les stigmates classiques d'imprégnation : tremblements, dysarthrie, faciès couperosé, inégalité pupillaire. Les examens biologiques sont négatifs, en dehors d'une légère hyperalbuminorachie passagère.

En somme, contraste frappant entre une déchéance sociale manifeste et l'absence totale d'affaiblissement intellectuel. Les légères dysmnésies qu'il allègue et qui ne se manifestent que lors des délits semblent plutôt insérées dans une conduite de mauvaise foi et représentent un effort de disculpation ; elles ne paraissent pas en rapport avec un obscurcissement de conscience de nature comitiale ou autre. On peut observer enfin que cette déchéance ne le frappe pas, il ne la perçoit qu'indistinctement et ne s'en inquiète pas.

Il est donc interné en mars 1952 après non-lieu. Déchéance morale alcoolique est-il noté dans le certificat de 24 heures avec vie de vagabondage contrastant avec son passé. Son comportement est d'emblée parfaitement adapté,

il est calme, poli, serviable, d'une grande discrétion ; il accepte avec résignation et même excessive passivité les pénibles contingences asilaires. D'abord occupé au nettoyage puis à diverses activités extérieures, il se montre parfaitement consciencieux. Il sort un an plus tard sur l'initiative de sa maîtresse. On remarque que, durant ce long laps de temps, une de ses filles avec laquelle il entretenait des relations suivies avant ses délits et son hospitalisation, non seulement, n'est jamais venue le voir mais n'a jamais répondu à ses lettres, ne se préoccupant pas d'avoir de ses nouvelles. Et cependant, dès sa sortie de l'hôpital, elle va le voir régulièrement ainsi que son gendre ; tous deux approuvent la légitimation de son union. Et cependant, les deux amants ne cohabitent pas. D'après lui, il devait épouser cette femme, mais il lui a été nécessaire d'attendre que sa fille soit mariée, car, prétend-il, cette dernière avait mauvais caractère. Il paraît en réalité beaucoup plus plausible qu'en raison de la mauvaise structuration de son milieu de sortie, il ait repris rapidement des habitudes éthyliques. De toute façon, après quinze mois de vie à l'extérieur, un délit analogue au premier motive un nouvel internement. Comme auparavant, la vie hospitalière de ce malade va être parfaitement adaptée, si l'on en excepte une ivresse sans lendemain. Affecté comme secrétaire du surveillant-chef, il rendra de nombreux services.

Comme auparavant également, toute relation est interrompue avec sa famille. Si cette attitude de ses enfants l'affecte, elle l'étonne assez peu et il explicite lui-même, par la publicité donnée à ses délits : il comprend, nous dit-il, « le trouble et la stupeur que peuvent provoquer dans une famille honorable quelques lignes néfastes insérées par la presse dans les faits divers sans tenir compte des circonstances ». Quoi qu'il en soit, sa fille, à qui nous écrivons pour nous assurer de sa collaboration, ne nous répond pas. Au procureur qui a fait pratiquer une enquête sociale, elle rétorque : « Je ne m'oppose pas à la sortie de mon père. »

En résumé, nous sommes donc en présence d'un éthylique chronique dont le comportement hospitalier est tout à fait adapté, qui trouve ici une tutelle qui lui fait défaut à l'extérieur. Ce malade est délaissé par sa famille, probablement en raison de ses antécédents délictuels, mais cependant ce désintérêt est surtout manifesté lors de ses internements.

A la recherche d'un milieu assez fermement structuré, qui seul peut permettre une réadaptation sociale et professionnelle, nous sommes amenés à faire appel à un centre d'accueil pour anciens buveurs (organisé par l'association Vie libre). Ce centre comporte, outre un cadre matériel — le sujet y loge et y prend ses repas — une prise en charge psychologique : distractions communes, contact avec des buveurs actuellement sevrés, réunions de groupes où les efforts et les problèmes de chacun sont exposés. Est-ce à dire que ce milieu néo-formé puisse pleinement remplacer l'ascendant ferme mais bienveillant d'un milieu familial compréhensif. A tout le moins, nous semble-t-il préférable à une ambiance familiale mais... conflictuelle ; et de toute façon nous n'avons guère le choix.

Actuellement, A. P. a non seulement repris ses occupations professionnelles de comptable, mais aussi de bonnes relations avec ses enfants après quatre ans d'oubli. Il est naturellement beaucoup trop tôt pour porter un jugement sur notre tentative de réhabilitation, mais nous voulions seulement mettre en évidence quelques aperçus psychologiques de la négation d'un malade interné, par sa famille.

*
**

Quelles peuvent être, à la lumière de cet exemple, qui est d'ailleurs loin d'être isolé, les conséquences de cette relégation asilaire ? Nous ne voulons pas nous étendre sur la manière dont est vécu cet abandon, sur ce désarroi compréhensible d'un sujet lucide qui ne tarde pas à s'apercevoir que le départ de ses compagnons est directement lié à l'intérêt que leur portent leurs proches. Mais, même sur un plan strictement pratique, les conséquences n'en sont que trop aisées à prévoir : l'absence d'encadrement familial va se révéler un obstacle majeur à la sortie d'un malade dont les troubles auraient suffisamment régressé pour permettre la vie à l'extérieur. Ce reclassement des petits psychopathes délaissés par les leurs se rapproche d'ailleurs du problème plus général de la réhabilitation de ceux qui sont dépourvus de toute structure familiale. Une solution pleinement satisfaisante n'est pas réalisable dans le cadre actuel d'assistance. Aussi la tentative entreprise dans le cadre des alcooliques chroniques, d'une prise en charge par un groupe social cohérent, semble-t-elle fructueuse, et il est souhaitable qu'elle s'étende à la réhabilitation d'autres petits mentaux.

Conclusion. — On peut mettre en évidence, parmi les conduites du groupe familial face à l'interné, une réaction particulière, faite d'une rupture de toutes relations, d'un refus de toute coopération, en somme, une authentique conduite de négation de l'aliéné. Certes, celle-ci n'est engendrée qu'à la faveur des graves perturbations psychologiques que provoque dans le milieu familial le comportement psychopathique, en particulier s'il s'est agi, comme dans l'exemple rapporté d'une conduite délictuelle dévalorisante, accompagnée d'une large publicité. Cependant, elle ne peut être dissociée de l'organisation carcérale, qui la conditionne en partie. Aussi la naissance d'un climat sociothérapique, le développement dans la mesure du possible des échanges osmotiques entre le milieu asilaire et l'extérieur, nous semblent les plus sûrs garants de la raréfaction de cette attitude d'intransigeante désolidarisation que constitue la négation de l'aliéné.

DISCUSSION

M. G. DAUMÉZON. — Parmi les situations qui favorisent l'éloignement du malade et de ses proches, et partant son rejet, il faut, je pense, faire une place importante à l'interdiction de visite durant les premiers temps d'hospitalisation. Après le drame qui a souvent marqué l'admission au milieu de la mauvaise conscience qui envahit la famille qui se sent coupable d'avoir interné le malade, le sujet interné va se cristalliser dans le personnage agressif ou au moins gravement perturbateur qu'il était à l'entrée. Cette image est un facteur supplémentaire de rejet.

J'entends bien que parfois le contact du malade avec son entourage peut être néfaste ; il est toujours insoutenable dans le cadre traditionnel de la visite prolongée à l'hôpital de 13 à 15 heures ; rester deux heures face à face avec le malade est intolérable pour le sujet comme pour les siens. Dans mon service, après que la famille a été vue par l'un de nous, nous avons coutume d'inviter les présents à faire une brève apparition auprès du sujet ; le contact est établi dans le cadre de la maladie et non plus du drame, contact bref rassurant pour les deux parties.

Petit moyen certes, mais nous n'avons pas le droit, en raison de la gravité des suites de l'abandon du sujet par sa famille, de le négliger.

M. BONNAFÉ. — Je crois avec Daumézon que les habitudes traditionnelles des asiles ne sont pas propres, dans l'ensemble, à prévenir des situations telles que ce qui vient de nous être rapporté. Généralisant un peu aveuglément les bienfaits réels que les « interdictions » de visites au début du séjour ont pu souvent apporter, on a « interdit » communément ces visites pour tout le monde. Je pense que les liens du malade avec sa famille sont affaire délicate d'indication et de posologie et que nous devons tout mettre en œuvre pour régler cela dans une optique purement médicale : dans tel cas particulier, est-ce indiqué ou non, à quelle fréquence, pour quelle durée, avec quelle « manière » prescrite par le médecin au visiteur, avec information réciproque médecin-infirmiers ? Si vraiment un tel programme paraît trop ambitieux et si dans tel service on est contraint à se replier sur une consigne standard, faute de pouvoir individualiser les conduites, alors je crois qu'il vaut mieux permettre toutes les visites que les interdire toutes. Les effets néfastes de quelques visites qui eussent été contre-indiquées ne me paraissent pas peser dans la balance aussi lourd que l'effet massif des carences familiales. Or, nous devons veiller à n'apporter aucun aliment à la cristallisation de ces carences. Ma conviction est que, dans le cas particulier des visites précoces comme, d'une façon plus générale, dans les abus courants de barrières accumulées entre malades et proches, au nom d'une interprétation simpliste et schématique des notions d'isolement thérapeutique, on influence dans le sens le plus néfaste les potentialités de carence qui, de fait, se révèlent assez fréquemment.

Tout faire pour éviter cela est décisif. Nous savons tous, par expérience et réaction de bon sens, combien les « situations bouchées » sont néfastes pour nos malades, mais j'ai eu la curiosité de vérifier ce qui en était en fait et le résultat de ces recherches a toujours été que j'avais moi-même tendance à sous-estimer ces répercussions sur la clinique en dépit d'une orientation bien affirmée sur l'étude des facteurs de situation. Du temps des lobotomies, j'avais été frappé du fait que l'indication de lobotomie, se discutant couramment à partir du « cas rebelle » évoluant mal en dépit de tout, tournant au « cas désespéré », était évoquée avec une extraordinaire fréquence pour des malades sans soutien extérieur bénéfique.

Il éclatait ainsi que le « cas désespéré » était en règle générale le cas à « perspectives vitales bouchées ». Dans une étude sur les comportements suicidaires observés pendant huit ans, une autre sur les psychoses puerpérales traitées pendant dix ans, etc., etc., j'ai toujours rencontré la carence familiale comme facteur déterminant de gravité du trouble, d'exacerbation des perturbations (influençant le pronostic vital au-delà même du facteur suicide), au total de mauvais pronostic dans le sens le plus extensif du terme. De cette influence sur le pronostic résulte pour nous l'invitation pressante à accorder toute notre attention à la prévention de ces situations de sur-isolement.

A propos de deux observations de syndrome de Capgras,
par MM. P. PICARD, M. LANGLOIS, P. PERROUTY et M. NEYRAUT.

Depuis sa description par Capgras, en 1923, le syndrome d'illusion de sosie a souvent attiré l'attention par ses particularités pittoresques.

Dans les deux observations que nous rapportons, le tableau clinique est loin d'être aussi riche que dans beaucoup des observations précédemment publiées, en particulier dans celle de Frey, Maurel et Spielmann, en 1956. Le thème d'illusion de sosies, développé dans nos deux cas de façon différente, nous a paru représenter un symptôme, pittoresque certes, mais ne suffisant pas à imprimer une marque particulière au fond même du tableau clinique.

OBSERVATION 1. — F... est un officier supérieur de la marine né en 1898, qui a été suivi dans notre service de l'hôpital Sainte-Anne de Toulon jusqu'en 1939, date à laquelle il a dû être placé en hôpital psychiatrique.

Dès 1925, il doit être mis en observation pour un syndrome qui fut étiqueté « névrose d'angoisse », puis en 1931 pour une nouvelle crise anxieuse s'accompagnant d'idées délirantes de persécution ; en 1934, on retrouve une nouvelle hospitalisation avec le diagnostic d'accès dépressif chez un cyclothymique. Les observations concernant ces hospitalisations déjà anciennes sont très succinctes et la variété des diagnostics posés nous paraît imputable au polymorphisme et à l'apparente périodicité qui marquent les longues années d'évolution et de préparation d'un délire systématisé progressif.

C'est en 1937, c'est-à-dire à l'âge de 39 ans, que cet officier doit être à nouveau hospitalisé pour un syndrome délirant de persécution bien organisé dans lequel interfère l'intervention de nombreux sosies.

Le malade se déclare la victime d'une escroquerie au mariage ; il se serait marié contre son gré, suggestionné par sa belle famille qui aurait mélangé à ses boissons un produit hypnotique. Depuis ce mariage imposé, sa belle famille aurait forcé et acquis les complaisances de certains médecins et surtout d'individus qui en sont les sosies. Le préfet maritime entretient à Toulon un sosie du malade et le pousse à des actes contraires à la discipline et à la dignité d'officier pour en charger le malade. Les papiers officiels signés de lui ne sont que des faux car on lui aurait volé son stylographe pour mieux imiter sa signature ; on lui aurait subtilisé certains papiers tels que sa carte de combattant, pour usurper son identité, transmis de faux papiers officiels signés par un capitaine de vaisseau qui ne peut les avoir rédigés puisqu'il est en retraite depuis quelques années.

Tous ces actes de faussaire auraient pour but de l'escroquer : traduit devant un faux conseil de santé, il aurait été fictivement placé en des situations militaires successives (congé, non activité), entraînant une réduction de solde pour permettre à ses beaux-parents de toucher la différence entre cette solde réduite et la solde d'activité. On n'aurait pas hésité à lui attribuer des enfants imaginaires sur un état civil truqué pour permettre à ses beaux-parents de toucher ainsi les indemnités de charge de famille. Enfin, il soupçonne sa belle famille de vouloir s'emparer d'un trésor rapporté autre-

fois par un ancêtre navigateur, trésor enterré dans une propriété dont il serait l'héritier.

Le délire de sosie est ainsi très riche ; il englobe à la fois la personne même du malade mais aussi des doublures des sujets susceptibles de lui porter tort, les médecins en particulier. Chaque fois que cet officier se présentait à nos consultations il exigeait, avant de répondre aux entretiens, que nous lui montrions notre carte d'identité, qu'il scrutait avec minutie et méfiance.

À l'occasion d'une sortie, il prit un jour à partie violemment dans une rue de Toulon un sujet de haute taille en lequel il voyait un sosie du docteur H..., persuadé que cet individu se faisait passer pour notre éminent collègue dans le but de le surveiller et de le faire passer pour fou et la légitime réaction de ce pseudo-sosie entraîne notre malade au commissariat de police.

De tels comportements délirants se répétant, cet officier dut être, en 1939, placé à l'hôpital psychiatrique de Pierrefeu.

À l'hôpital psychiatrique, si le délire subsista, il ne trouva plus matière à s'alimenter et le comportement fut très satisfaisant au point que nos collègues l'utilisaient comme professeur de mathématiques pour leurs enfants.

En 1945, le vieillissement du délire permit la sortie de l'hôpital psychiatrique.

OBSERVATION 2. — Mme T..., hospitalisée dans notre service en décembre 1957, est alors âgée de 37 ans. Fille unique, elle a été élevée de façon assez stricte par ses parents indemnes d'antécédents psychopathiques ; son père est décédé il y a une dizaine d'années d'un cancer gastrique.

Après ses études primaires, un apprentissage de couturière puis de sténodactylographe, elle travaille pendant quelques années dans les services de la police à Toulon, et se marie en 1940 avec un gardien de la paix, dont elle a un fils aujourd'hui âgé de 15 ans. Ce premier mariage est rompu en 1944 et depuis lors notre malade travaille comme secrétaire dans les services de la marine, soit à Toulon, soit à Paris. Douze ans après son divorce, elle se remarie en 1956 avec un ajusteur-mécanicien parisien.

C'est en 1953 qu'elle est observée pour la première fois dans notre service. Elle présente alors un délire interprétatif à thème de persécution avec un début de syndrome de dépersonnalisation et dont le contenu est particulièrement riche en préoccupations érotiques.

La malade fait actuellement remonter son délire à une époque beaucoup plus ancienne que cette année 1953, où elle a été hospitalisée pour la première fois, soit qu'il se soit constitué à bas bruit depuis 1946 environ, soit qu'elle interprète *a posteriori* les événements antérieurs. Il nous paraît utile, pour comprendre la genèse du délire, de revenir même sur des événements affectifs antérieurs à ce qu'elle appelle son « envoûtement ». Elle raconte complaisamment une première aventure amoureuse survenue alors qu'elle fréquentait le cours de sténodactylo : un homme beaucoup plus âgé qu'elle venait l'attendre tous les jours à la sortie du cours... et le jour où elle avait annoncé à sa mère la demande en mariage du prétendant, il ne vint pas, et on lui apprit qu'il s'agissait d'un homme marié père de famille.

Peu après, elle se laisse marier à un agent de police de six ans son aîné, mais elle déplore aussitôt la carence conjugale de son époux, qui ne lui

accorde que des hommages très intermittents parce que, dit-elle, « il était fatigué et craignait que les relations sexuelles ne le fassent devenir tuberculeux (!) ». C'est pour ce motif d'insatisfaction qu'elle se sépare de son mari.

Dans les divers postes qu'elle a ensuite occupés dans la marine, elle s'attira la jalousie de ses collègues féminines jusqu'à ce que l'une d'elles « l'envoûtât » parce que, étant la maîtresse du chef de service, elle craignait que notre malade ne la supplante. On fit même alors courir le bruit qu'elle avait des relations avec la jeune femme qui était chef du secrétariat de son service, mais elle se défend avec énergie d'avoir eu de telles mœurs homosexuelles. Elle donne enfin des détails précis sur ses liaisons réelles pour nous prouver que les bruits qu'on répandait sur ses relations avec ses chefs de service étaient pure calomnie.

Elle finit par interpréter les accusations dont elle croit être l'objet comme un complot dirigé contre elle et au centre duquel se trouve une personne qui lui ressemble et porte un nom voisin ; cette femme, qui cherche à se substituer à elle, séduit les hommes mais est aussi homosexuelle, elle livre des renseignements aux puissances étrangères, etc... Elle-même est dangereuse pour cette femme et on la fait surveiller ; on la suit ; on achète les mêmes choses qu'elle dans tous les magasins où elle se rend. Et elle finit par prendre peur, demande secours, ce qui amène son hospitalisation de 1953.

Déjà, donc, on note dans cette observation le symptôme de « supposition délirante de sosie de soi-même » tel qu'il a été décrit dans l'observation princeps de Capgras et Reboul-Lachaux.

Traitée pendant quelques semaines par convulsivothérapie et insuline à doses liminaires, la malade sort améliorée et peut reprendre son service.

Mais s'il était estompé, il semble bien que son délire n'ait pas pour autant guéri. C'est depuis son deuxième mariage, en janvier 1956 (la malade est alors âgée de 36 ans) qu'il a pris une nouvelle intensité.

Lasse de vivre seule, elle a épousé cet ouvrier un peu plus âgé qu'elle alors qu'elle aurait préféré un mariage qui lui eût permis de ne plus travailler. Dans le même immeuble habite un jeune ménage ami de son mari ; elle acquiert vite la conviction que ce voisin lui fait des propositions tandis que sa femme séduit son propre mari. Puis comme les relations conjugales, quotidiennes au début du mariage, s'espacent de plus en plus et qu'elle n'en retire plus la même satisfaction physique, elle comprend que son mari n'est plus le même homme et que c'est donc un autre, un double, un sosie, qu'elle voit près d'elle sous les apparences de son mari ; cet « autre » est le voisin qui a voulu la séduire et dont la femme est partie sur la Côte d'Azur vivre avec son vrai mari.

Lorsque la malade nous est adressée pour la deuxième fois en 1957, ce thème délirant de sosie du mari est très actif, très riche, il envahit toute la personnalité morbide. Il ne s'agit plus du tout de l'illusion de sosie d'elle-même qu'elle présentait quatre ans auparavant mais tout est interprété en fonction du dédoublement de son conjoint : il est tantôt le vrai, tantôt le faux, peut-être même existe-t-il plusieurs « autres » ; l'homme qui partage son lit et qui garde pourtant toujours les mêmes traits n'est pas toujours le même, elle le devine aux façons différentes dont sont accomplies les relations sexuelles. Elle le devine aux propos que tient son mari, il parle de réceptions, de voyages sur la Côte d'Azur, de voitures de luxe

alors qu'il ne possède qu'une modeste voiture de série, etc... Et tout est expliqué par la même affirmation maintes fois répétée par la malade : « Mon mari entretient un sosie, il m'envoie un double. » Elle finit par conclure de cet « envoûtement » permanent et de ces substitutions de personnes qu'elle est mêlée à des affaires importantes et en particulier à une affaire d'héritage et qu'on finira par la supprimer pour qu'elle n'hérite pas. Prise de peur, elle se réfugie auprès de sa mère, qui nous l'adresse.

Au cours de l'hospitalisation, la malade se montre très vite calme et coopérante ; elle porte pendant plusieurs jours sur la poitrine une croix murale « pour se protéger des mauvaises influences » ; elle expose un jour qu'elle avait senti un homme dans son lit, qu'elle craignait d'être empoisonnée ; elle nous confie un pli à remettre au commissaire ou au procureur au cas où elle mourrait. En dehors de cette description cénesthésique occasionnelle, nous n'avons jamais pu mettre chez elle en évidence d'hallucination sensorielle.

Traitée par chlorpromazine, à la dose quotidienne de 300 mg., elle s'améliore très rapidement, adopte bientôt une attitude de doute à l'égard de la double personnalité de son mari et accepte de le revoir en compagnie de sa mère. Le traitement neuroleptique est poursuivi après la sortie et lorsque nous revoyons la malade après un mois de traitement ambulatoire, toute idée délirante a disparu et elle est la première à ironiser sur les histoires extravagantes qu'elle a, déclare-t-elle, « imaginées ».

S'il nous a paru intéressant de rapporter ces deux observations, c'est que le thème illusion de sosies, qui a déjà attiré l'attention de tant d'auteurs par son aspect extravagant, se retrouve chez nos deux malades sous des aspects et des détails presque similaires, alors que les tableaux cliniques et le contexte morbide sont chez eux très différents.

Dans la première observation, en effet, il s'agit d'un délire systématisé typiquement paranoïaque, et dans lequel l'intervention du thème de sosies paraît correspondre à un artifice de procédure chez un sujet particulièrement processif ; il récuse pour ce motif de substitution de personnes les membres d'un conseil de santé comme un avocat récuse les membres d'un jury, et il imagine des sosies de sa personne à la manière d'un prévenu défendant un alibi. On semble assister chez ce malade à un effort de rationalisation logique, tendant à lui procurer un thème de justification de son délire, de justification de ses attitudes agressives et orgueilleuses.

Mais, une fois coupé des thèmes de son délire, le malade retrouvera un comportement plus normal ; le délire est nettement localisé et n'envahit pas toute la personnalité. Le thème de sosie ne semble pas, dans ce cas, correspondre à un trouble primitif et essentiel de la perception du monde extérieur.

Dans la deuxième observation, il s'agit encore d'un délire interprétatif à thème de persécution, mais évoluant sur un fond mental hystéroïde, avec des tendances mythomaniaques et érotiques qui font construire à la malade un véritable roman tout empreint d'une am-

bianche de narcissisme, d'orgueil et d'érotisme, roman qui pourrait entrer dans le cadre des délires d'imagination de Duprè.

Toute l'histoire de cette malade paraît s'expliquer par le sentiment d'abandon affectif et de frustration sexuelle dont elle s'estime être l'objet. Dans une première période, elle tend, dans un but de déculpabilisation, à substituer à sa propre personne un double animé de ses propres tendances érotiques, hétéro- et homosexuelles, double qui prend en quelque sorte la place de bouc émissaire. Il ne semble pas cependant que l'on puisse considérer cette élaboration de sosie comme une démarche logique et raisonnable de la conscience, mais plutôt comme un reflet d'un thème névrotique de frustration et de culpabilité.

Dans un deuxième temps, la malade projette sur autrui, sur son mari, considéré comme frustrateur, ce trouble de la conscience du moi, ce moi qui, chez elle, est surtout envahi par la libido. Il semble que l'élaboration du thème de sosie d'autrui représente ici un effort de matérialisation objective du sentiment de frustration érotico-affective ressenti par la conscience de la malade.

Mais dans ce cas, comme dans le premier, le délire nous a paru demeurer « localisé », la perception du monde extérieur ne nous ayant pas paru essentiellement modifiée chez cette malade. Au demeurant, les deux manifestations de son délire ont très rapidement réagi favorablement à la thérapeutique, la première fois par électrochocs, la seconde par la chlorpromazine.

*
**

Dans deux cas de délire avec intervention de sosies nous n'avons pas retrouvé chez nos malades le « sentiment d'étrangeté du monde extérieur », l'« aspect artificiel et illusoire des êtres et des choses », le « sentiment de modification générale du monde » qui, pour beaucoup d'auteurs, sont une caractéristique essentielle du syndrome de Capgras.

Dans ces deux cas, l'intervention d'illusion de sosies avait un caractère accessoire dans la structure du délire, qui était bien systématisé, et respectait l'ensemble de la personnalité et de ses rapports avec le monde extérieur en dehors du délire.

BIBLIOGRAPHIE. — BROCHADO : Le syndrome de Capgras. *Ann. méd.-psych.*, mars 1936, I, p. 706. — CAPGRAS et REBOUL-LACHAUX : Illusion de sosies dans un délire systématisé chronique. *Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, 1923, p. 6. — CAPGRAS et CARRETTE : Illusion de sosies et complexe d'Œdipe. *Ann. méd.-psych.*, 1924, II, p. 48. — DELAY, PERRIER et SCHMITZ : *Ann. méd.-psych.*, 1952, 2, p. 235. — FREY (B.), MAUREL (H.) et SPIELMANN (J.-P.) : Sur une observation d'illusion de sosie. *Ann. méd.-psych.*, déc. 1956, 2, p. 891. — LARRIVE et JASIENSKI : L'illusion des sosies. *Ann. méd.-psych.*, déc. 1931. — MARTINOT et Mlle JOUANNAIS : Un cas d'illusion de sosie. *Polynévrite et sclérose médullaire chez un alcoolique. Ann. méd.-psych.*, mai 1939, 97, p. 785. — VIÉ : Un trouble de l'identification des personnes : l'illusion des sosies. *Ann. méd.-psych.*, mars 1930.

DISCUSSION

M. Xavier ABÉLY. — Qu'il me soit permis de rappeler la pensée exacte de Capgras au sujet de son syndrome :

L'illusion de sosie n'implique aucun trouble de la perception du monde extérieur. Le malade reconnaît la parfaite ressemblance objective de la personne en cause. Ce qui est changé, c'est le sentiment, l'émotion qu'il éprouve à l'égard de cette personne ; ce qui est perdu, c'est l'impression de familiarité. Il ne s'agit pas d'un trouble intellectuel, mais d'un trouble affectif, plus exactement de la déviation créée par un jugement sentimental. Le syndrome suit la même évolution que le sentiment basal et peut donc disparaître avec lui.

M. G. DAUMÉZON. — Ancien élève de Capgras, ayant publié sous sa direction quelques observations sur ou autour du syndrome qui porte son nom, je voudrais présenter deux remarques :

Le syndrome de Capgras, l'agnosie d'identité, est un syndrome très délimité, bien localisé par rapport aux autres troubles d'identification que fournit la pathologie délirante. Je pense que les observations des présentateurs eussent été récusées par Capgras, et c'est ce qui enlève ici au symptôme de méconnaissance la valeur pronostique pessimiste que souligne à juste titre notre président.

Les observations qui nous sont soumises entrant dans le cadre beaucoup plus large des méconnaissances systématiques dont on a beaucoup parlé il y a vingt à trente ans, Clérambault, seul, ou avec ses élèves, et je pense à la thèse de notre collègue Borel, en étudiait le développement dans les états secondaires à son automatisme mental.

Je pense qu'il faut en réalité reconnaître dans ce symptôme la marque d'une attitude existentielle originale, spécifique et assez répandue. Au cours d'épisodes psychopathiques de structure variée, de telles attitudes ont l'occasion de se manifester. Elles sont souvent labiles : pendant la guerre, dans mon service, alors que les conditions extérieures rendaient plus pénibles et en tout cas fort prégnantes les incidences de la guerre, plusieurs de mes malades niaient systématiquement l'existence du conflit..., quelques années plus tard ces méconnaissances avaient disparu en même temps que les conditions qui les avaient fait naître. Ainsi les malades qui nous sont présentés aujourd'hui.

Il reste alors à entreprendre l'étude des conditions de construction de l'attitude de méconnaissance. C'est un travail qui devra être mené un jour et il est bien sûr qu'on retrouvera là des mécanismes du type hystérique de la scotomisation, et je note que les présentateurs ont employé pour qualifier un de leurs malades l'expression hystéroïde.

La séance est levée à 18 heures 45.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Compte rendu du IV^e Congrès International de psychothérapie

(Barcelone, 1-7 septembre 1958)

par E. MINKOWSKI

Lorsque M. Paul Abély apprit que j'avais l'intention de me rendre à Barcelone, il me demanda de rédiger, après mon retour, un compte rendu de ce Congrès pour les *Annales*. Ce n'est guère tâche facile. Nos congrès sont à tel point surchargés que la forme traditionnelle, comportant de brefs résumés de toutes les interventions, se trouve largement dépassée. On ne peut pas ne pas se demander s'il n'y aurait pas intérêt à limiter le programme à deux ou trois grands thèmes, avec une discussion générale étendue, au lieu de multiples communications en sections, que le temps ne permet guère de discuter. Mais, d'autre part, il faut bien le reconnaître, tant de questions se posent que pareille limitation ne saurait donner à tous les congressistes la possibilité d'apporter leur contribution personnelle, dilemme dont il est difficile de sortir.

Le Congrès de Barcelone s'est bâti sur le modèle courant et est venu, sous cette forme, s'inscrire dans les annales de notre discipline. Le nombre des congressistes a dépassé les mille. En dehors des cinq séances plénières, avec quatre rapports chacune, le Congrès a comporté les sections suivantes : psychothérapie et anthropologie culturelle, influence de la psychologie orientale sur la psychothérapie contemporaine, histoire de la psychothérapie, psychologie clinique, psychothérapie de groupe, psychodrame, psychopharmacologie et psychothérapie, psychothérapie et religion, psychanalyse, psychothérapie et assistance sociale, hypnose et technique de relaxation, problèmes de psychiatrie médico-légale, la psychiatrie clinique face à l'orientation anthropologique, psychothérapie infantile, médecine psychosomatique et psychothérapie, la portée des idées anthropologiques des penseurs espagnols contemporains pour la psychothérapie, la rénovation de

l'assistance psychiatrique sous l'influence de l'anthropologie existentielle. Certaines de ces sections ont été présidées par des chefs de file comme MM. Alexander, Moréno et Schultz, et je m'excuse d'en passer d'autres, comme je m'excuse en général de ne pas mentionner tous ceux qui ont pris une part active à ce Congrès. L'énumération des sections — et il serait vain, cela va de soi, d'indiquer ne fût-ce que les titres des communications — témoigne de l'ampleur des débats. Pour s'en rendre compte, il faudra attendre la parution des Actes du Congrès. Pour nous, ici, il ne peut s'agir que d'impressions et de quelques lignes générales, et encore dans la mesure où elles sont venues s'infléchir dans notre optique personnelle.

Un congrès de psychothérapie se recoupe nécessairement avec les congrès de psychiatrie. Si l'on pense que le Congrès de Barcelone a été suivi de près par celui de Rome, consacré à la neuro-psycho-pharmacologie, on se sent quelque peu dérouter par cette multiplicité de congrès, et on se demande si on n'aboutit pas ainsi à un éparpillement de notre psychiatrie, appelée à demeurer une. Il faut pourtant marcher avec son temps. Et puis chaque congrès apporte incontestablement de son côté des matériaux importants et resserre en même temps les contacts et les liens internationaux, facteur particulièrement important ; de plus, chacun d'eux comporte des versants, des embranchements, des prolongements qui lui sont propres. Ce fut aussi le cas du Congrès de Barcelone.

Le terme même de « psychothérapie » est difficile à préciser et se perd quelque peu dans le vague. Dire que tout ce qui n'est pas physiothérapie est psychothérapie équivaut à une définition négative, sans parler de ce que de cette façon on retombe dans un dualisme tranché que précisément, aussi bien en théorie qu'en pratique, nous cherchons à surmonter. Dans diverses communications, nos collègues ont insisté sur ce que l'une de ces thérapies ne doit en aucun cas faire négliger l'autre, en particulier M. Frankl (ienne), Henri Ey et d'autres, sans parler même des nombreuses communications faites à la section de psychopharmacologie et psychothérapie. La « psychothérapie » embrasse, par surcroît, un vaste champ aux limites fluanes, allant de cas graves jusqu'à la pédagogie curative, dont nous a entretenus, avec la compétence qu'on lui connaît, M. Debesse : « Place de la pédagogie curative dans la psychothérapie ». La question de la participation à la psychothérapie médicale des non-médecins se pose également, comme cela a eu lieu à la séance consacrée à la constitution d'une Société internationale de psychothérapie ; la question est restée d'ailleurs en suspens.

De plus, la psychothérapie, en tant qu'activité thérapeutique repo-

sant sur une technique qui lui est propre, est confondue, à tort à notre avis, avec ce qu'on désigne du terme « *abord humain* » ou « *relations humaines* ». De ces relations, il est de plus en plus question de nos jours dans les secteurs les plus variés, tels l'industrie et l'administration, et cela, non seulement en raison de leur valeur intrinsèque, mais encore en vue d'améliorer le « *rendement* » dans ces divers rouages de la vie sociale, conséquence précisément de l'attention accordée, pour ce qui est de ce rendement, aux besoins affectifs et humains des individus qui y prennent part. Raison de plus — bien que là, à première vue, cela eût dû aller tout seul — de s'en inspirer dans les services hospitaliers, psychiatriques et autres. La « *socialisation* » de la vie dans nos hôpitaux psychiatriques, avec la valeur curative qu'elle comporte, ici comme ailleurs, semble se placer davantage sous le signe de ces tendances que d'une psychothérapie, activité médicale au sens strict du terme, à moins qu'on ne retombe dans cette définition fâcheuse dont nous avons parlé : tout ce qui n'est pas physiothérapie est psychothérapie. Une différenciation est à faire. C'est que, parallèlement, nous assistons à un phénomène fort significatif, à savoir que dans toutes les sciences humaines, bien au-delà de la médecine, et jusqu'à l'économie politique, il est de plus en plus question, et cela avec insistance, de ces relations humaines, expression du courant « *anthropologique* », renouveau contemporain de l'humanisme éternel qui, sans se réduire à un simple sentimentalisme, fait ses preuves, par son apport incontestable, tant sur le plan théorique que pratique. Et le Congrès de Barcelone a été une expression particulièrement « *parlante* » de ces tendances, tout en se plaçant entièrement sous le signe de « *psychothérapie* ».

Un climat de véritable rencontre y a régné. Nous le devons au professeur R. Sarro, président du Congrès, et à ses collaborateurs et collaboratrices à tous les échelons qui, par l'accueil qu'ils nous ont réservé, ont su le créer. Ce fut un climat de cordiale chaleur contrastant, quant à ses effets, singulièrement avec la chaleur qui régnait dehors, et mettant ainsi en cause quelque peu les principes mêmes de la psychosomatique, cela dit en passant. Nous devons aussi aux organisateurs cette merveilleuse soirée folklorique, qui n'est pas venue se situer comme simple divertissement en marge de la partie scientifique, mais s'y intégrait, le folklore traduisant directement les mouvements de l'âme humaine, avec les problèmes qu'ils posent, et cela probablement mieux que nous nous efforçons de le faire par des mots ou des formules verbales. Certes, cette soirée commençait à onze heures du soir, pour prendre fin après deux heures du matin, horaire conforme au rythme de la vie espagnole, mais mettant quelque peu à

l'épreuve notre « horloge biologique » française, tout petit inconvénient, du reste largement compensé par ce qui ainsi nous a été offert. Dans le même ordre d'idées est venue prendre place une visite dans les environs de Barcelone d'églises romanes du IX^e et du XIII^e siècles, véritables merveilles d'harmonie, et qui nous rappelaient, dans un langage persuasif, que les hommes sont appelés, en joignant leurs efforts, malgré la précarité de l'existence de chacun d'eux, à créer du beau et du durable, source d'inspiration également pour nos travaux.

Mais revenons à la partie scientifique. Les communications étaient si nombreuses qu'aux sections prévues dans le programme initial il a fallu en ajouter encore une, celle réservée aux communications ayant trait au thème principal du Congrès. Cela nous amène à ce par quoi nous aurions dû probablement commencer, à ce thème précisément ; « Psychothérapie et analyse existentielle », tel en était le titre. Il a été inspiré par M. Médard Boss (Zurich), président du Comité international. De formation freudienne, fervent adepte de Heidegger, c'est dans cet esprit qu'il rédigeait son rapport : « La psychanalyse de Freud et l'analyse de Heidegger » ; en insistant sur les points d'intersection, il cherchait, comme il l'avait fait du reste dans ses publications antérieures, à les fondre presque en un tout, sur le plan de l'étude des malades et des démarches psychothérapiques qui s'en suivent. L. Binswanger, empêché de venir, dans son message adressé au Congrès, disait, lui, que l'analyse existentielle ne se mettait pas directement en perspective sur des démarches psychothérapiques. Nous pensons que toute connaissance nouvelle est appelée, tôt ou tard, à porter ses fruits et ainsi à exercer également son influence sur la façon même dont nous abordons le malade. Par contre, il nous paraît plus utile de marquer nettement les divergences des divers points de vue que de vouloir mettre à tout prix au premier plan des concordances, au risque de méconnaître des facteurs essentiels de chacun de ces points de vue. Si, d'une part, nous avons des conceptions issues directement des démarches psychothérapiques — et ici se place évidemment au premier plan celle de Freud — qui se fondent sur ces démarches jusqu'à considérer le résultat pratique obtenu comme critère de leur validité, nous avons d'autre part celles qui reposent sur des données qui nous sont révélées « en prise directe », si l'on peut dire, qui s'offrent à notre regard dirigé vers l'être humain que nous avons devant nous, regard cherchant à pénétrer, lui aussi, en profondeur, jusqu'au fond même des choses. Ces deux points de vue s'affrontent et ne se rencontrent pas toujours. C'est ce qui se place même probablement au centre de nos préoccupations. La méditation de Rümke : « Si Œdipe-Roi souffrait d'un complexe d'Œdipe, ce ne

serait plus une tragédie humaine mais une *historia morbi* », revient à l'esprit. En peu de mots, l'essentiel est dit. Si la tragédie d'*Œdipe-Roi* a donné son nom au complexe d'*Œdipe*, vécue directement, d'une manière immédiate, comme le veut du reste toute tragédie humaine, elle n'a plus rien à voir avec le dit complexe. Le débat devait s'étendre ainsi. Ce n'en est du reste pas l'unique raison.

Sous l'emprise d'un enthousiasme excessif presque — mais il ne faut point médire de l'enthousiasme, en sachant toutefois éviter l'idolâtrie —, dans un des bulletins du Congrès, Heidegger était qualifié de plus grand philosophe contemporain. Il est toujours délicat d'employer des qualificatifs de cet ordre, on risque de fermer des portes au lieu de les ouvrir, de verser dans une position doctrinale. « Un des plus grands », c'est déjà bien beau. La pensée est toujours en marche. Tout « grand » penseur est « petit » en même temps à certains égards, et il n'y a pas lieu de s'en plaindre. La perspective vers l'avenir se trouve respectée ainsi ; le dernier mot n'est jamais dit. La pensée s'élabore, non dans le creuset d'un seul, mais de bien d'autres qui témoignent ainsi tous d'un courant commun qui les porte et qui les dépasse en trouvant ses origines dans les essentiels besoins humains venant se perdre dans les profondeurs du devenir, tout en y puisant la source d'un renouveau éternel. Martin Buber, Henri Bergson, Husserl, Jaspers, Kierkegaard, Berdiaeff, Jean-Paul Sartre, et d'autres encore, ont tout autant, sinon davantage, marqué la pensée contemporaine que Heidegger. La pensée se déploie en éventail si l'on peut dire. L'imprécision même des termes « existentialisme » et « analyse existentielle » en témoigne déjà. Au cours du Congrès cet élargissement, en remontant aux sources, s'est fait jour. G. Zilborg (New-York) nous parlait de : « Individualisme, personnalisme et existentialisme ». E. Strauss [Lexington (U.S.A.)], en s'inspirant de la phénoménologie husserlienne, présentait une très subtile analyse de : « La phénoménologie de la remémoration et de l'amnésie infantiles ». J. Fouks (Poitiers), de son côté, mettait les choses au point en insistant sur la nécessité de ne point se limiter au heideggerisme là où il s'agit de se rendre compte des tendances contemporaines dans leur ensemble, beaucoup plus vastes et souvent supérieures.

Du reste, cette nécessité se faisait jour dès la leçon magistrale du professeur R. Sarro à la séance inaugurale, intitulée : « L'interprétation du mythe d'*Œdipe* chez Freud et chez Heidegger ». Après avoir insisté sur la portée des conceptions de Freud et de Heidegger, dans la seconde partie de son exposé, en se penchant sur le courant anthropologique en psychopathologie, il parlait des ouvrages, en partie

anciens déjà, de L. Binswanger, L. Straus, von Gebattel et moi-même, nous appelant même, avec gentillesse, « les quatre grands » à ce point de vue, en signifiant ainsi que ce courant avait pris naissance avant la parution de l'œuvre maîtresse de Heidegger, pour se diversifier par la suite, chacun de nous suivant sa voie, en fonction de ses penchants et des influences subies. Pour ce qui est de ces « premiers pas », L. Binswanger, dans son message, et Van der Horst (Amsterdam) rappelaient une date en la qualifiant d'historique : l'année 1922. Effectivement, en cette année, pour la première fois, L. Binswanger et moi parlions phénoménologie devant une Société psychiatrique, suisse en l'occurrence. De cette séance, un vivant souvenir m'est resté. L'accueil était réservé, c'est le moins qu'on puisse en dire. Nos collègues suisses paraissaient consternés ; cette consternation se lisait sur leurs visages, de même qu'un sentiment de pitié presque : quel dommage que ces deux collègues, qui ont l'air sérieux pourtant, s'égarèrent sur des sentiers qui ne mènent nulle part ! Aujourd'hui, en l'an 1958, le Congrès de Barcelone se plaçait sous le signe : « Psychothérapie et analyse existentielle », témoignage de la portée de ce courant anthropologique dont nous avons parlé, témoignage dont les « fauteurs de la première heure » n'ont pas pu s'empêcher de tirer quelque satisfaction. Il ne s'agit certes pas de négliger les faits cliniques. Seulement, si nous nous penchons sur la question de savoir ce que, lorsqu'il s'agit de vie mentale, qu'elle soit normale ou pathologique, « fait » veut dire, on s'aperçoit de suite qu'il reste rattaché à la personne humaine et à son histoire, et c'est là que précisément, et non en lui-même, séparé du reste, qu'il trouve sa vraie signification. La clinique ainsi n'a rien à y perdre, bien au contraire. C'est que ces données ne sont rien moins qu'antieliniques. Et, si les philosophes contemporains se penchent sur l'existence humaine, sur les relations de l'être humain avec son prochain et ses semblables, avec le monde et avec lui-même, comme nous le faisons de notre côté, nous n'avons aucune raison de ne pas venir puiser chez eux, comme eux peuvent le faire chez nous. Car, dans les deux cas, il s'agit bien davantage de psychologie anthropologique, ou mieux, peut-être, d'anthropologie tout court, que de philosophie au sens strict du terme. Bien sûr, il n'est nullement question de transformer la psychopathologie en une branche de cette philosophie, ni non plus de suivre les philosophes jusqu'au bout, ni par conséquent de trop « philosopher » dans notre domaine, écueil dont il faut se garder, comme maints orateurs l'ont souligné à Barcelone. N'empêche qu'il existe des secteurs communs et cela nous aurions tort de le méconnaître. C'est ici que trouvent leur place, entre autres, les rapports de M. Carp (Hollande) : « La

valeur thérapeutique des différentes images du monde pour la psychothérapie », exposé qui débouchait sur une « anthropologie universelle », et celui de Henri Ey : « La valeur thérapeutique de l'analyse existentielle ». Il est tout indiqué de signaler à ce propos que le prochain Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française, à Tours, 1959, aura comme rapport principal, confié à M. Hesnard : « L'apport de la phénoménologie à la psychiatrie ».

La pensée est toujours en marche, et, tant qu'elle ne verse point dans des doctrines closes, elle poursuit cette marche. Le freudisme n'est pas non plus resté sur place ; à maints endroits il s'est ouvert sur des perspectives plus larges, en s'orientant vers des préoccupations relatives à l'être humain, préoccupations qui ne peuvent que nous être communes. C'est l'impression que nous avons eue, entre autres, en écoutant Jacques Lacan nous parler de : « La psychanalyse vraie et fausse ». Ayant en vue les divergences qui s'affrontent, — ce qui, pour le dire encore une fois, est loin d'être un mal à nos yeux —, il nous rappelait la Tour de Babel et poussait la délicatesse jusqu'à nous demander de ne pas fournir un trop gros effort pour essayer de le comprendre ; pour notre part, nous n'avons point suivi jusqu'au bout ce conseil ; tout en tenant compte de la tour qui, en tant que tout précisément, est loin d'être dénuée entièrement de portée, en l'écoutant, nous menions un dialogue intérieur avec lui. Pour ce qui est de ce « mouvement » dans le domaine de la psychanalyse, nous avons eu la même impression en entendant certaines communications faites dans une des séances de la section consacrée au thème principal et que j'ai eu à présider. M. Schotte (Belgique) a présenté une communication : « Pour une " répétition " existentielle des fondamentaux " mots " freudiens ». Tout en se tenant très près de Freud et de ses écrits, par cette « répétition » même, il me semblait s'écarter en partie des textes originaux et y apporter une note personnelle ; c'est qu'une « répétition » vivante n'est jamais une simple reproduction automatique, elle vient s'infléchir dans l'optique de celui qui « répète », ce qui, cela va de soi, est loin d'être un désavantage ; le terme « existentielle » dans le titre parle dans le même sens. M. Schotte insistait sur le mot « refus » (*versagen*), et là de suite se posait devant l'esprit la question ; refus, en vertu de quoi ? et de cette manière on se trouvait mis en présence du domaine des valeurs, dont l'interprétation décide souvent de la conception en cause. M. Dracoulidès (Grèce) parlait de : « Agressivité et régressivité du monde angoissé de notre temps », dans l'esprit d'un freudisme presque orthodoxe ; à ce propos, la question se posait de savoir jusqu'à quel point les conceptions psychopathologiques, qu'elles soient psychanalytiques ou

non, sont de nature à pouvoir apporter plus de clarté dans la compréhension d'événements sociaux et politiques, à portée négative avant tout, tels qu'ils se déroulent sur la grande arène de la vie et tels qu'ils créent « l'angoisse de notre temps » ; pour notre part, nous avons cru devoir formuler quelques réserves, les deux ordres de faits ne se situant pas sur le même plan et demandant de nous, par conséquent, des « réponses » et des actions différentes. Dans une perspective plus large, à la même séance, se plaçaient les communications de M. Dellaert (Belgique) : « Justification anthropologique de la psychothérapie », et celle de J. Fouks : « Note sur certaines névroses d'incomplétude ».

En séance plénière, M. Neumann (Tel-Aviv), de l'école de Jung, nous a parlé de : « L'homme créateur en tant que problème central de la psychothérapie », et l'accent mis sur le « créateur » se passe au fond de commentaires. M. Frankl (Vienne), de son côté, traitait de : « Analyse existentielle et logothérapie » ; en précisant les bases de sa méthode, il insistait sur la frustration, non plus au sens psychanalytique, mais existentiel ; psychothérapie fondée ainsi sur la recherche de la signification essentielle de la destinée et des manifestations humaines, jusqu'à la souffrance elle-même, l'épanouissement de la personne consistant, non dans une affirmation péremptoire de son moi, mais dans la sauvegarde des relations interhumaines. Au même thème avait trait la communication de M. Bazzi (Rome) : « Limitations et contre-indications de la logothérapie ».

La position de Freud concernant le sentiment religieux est connue. A ce point de vue, une évolution importante semble se faire jour également. Son interprète a été Charles Durand [Prangins (Suisse)], dans sa communication : « Conduite psychothérapique en face des obstacles névrotiques vis-à-vis du sentiment religieux ». Elève, pour ce qui est de sa formation psychanalytique, de Charles Odier, qui, dans ses écrits, a fait un pas très significatif en avant à ce point de vue, catholique fervent, Durand reprenait un thème dont il a traité, avec beaucoup de compréhension, plus d'une fois déjà. Cette communication, il la présentait dans la section : « Religion et psychothérapie », présidée par le R.P. Mailloux (Montréal), qui introduisait le débat par une communication : « Sainteté et névrose ». Cette section devait retenir notre attention en raison des problèmes graves qui y ont été discutés. Peut-on parler d'une réelle névrose théologique, qui ressortirait uniquement du domaine du théologien, comme semblaient le croire d'aucuns ? Le terme « névrose », bien que péchant peut-être par une certaine imprécision, est néanmoins un terme médical, de sorte que pareille position peut prêter facilement à confusion. Ne vaudrait-il

pas mieux, dans ce cas, le remplacer par un autre ? Au cours du même débat a été discuté le problème de la démarcation du rôle du prêtre et de celui du médecin, appelés à collaborer dans bien des cas. Ces deux rôles ne se confondent pas. Si le médecin constate que la confession apporte à son malade détente et apaisement, et peut la préconiser le cas échéant, le théologien lui donne, à juste titre, une tout autre signification, du fait même que Dieu y est présent. C'est pourquoi aussi, bien à tort, on a confondu la confession et les confidences que le patient, quelle que soit la technique employée, fait à son médecin. Il ne peut pas non plus, contrairement en partie aux opinions émises, entrer dans les vues du médecin de gagner le malade à la foi qui est la sienne, et encore moins, le cas échéant, à l'athéisme ; appelé à respecter les croyances de son malade, le prosélytisme n'est point de son ressort. Au fond, le médecin aborde son malade — et c'est une des vertus de notre profession — dépouillé de tout « état civil » si l'on peut dire, et, tout en cherchant à discerner ce qui en fait le fond, s'efforce de son mieux de lui venir en aide sur le plan médical. De sorte que s'il a été question de l'utilité d'une préparation théologique du médecin, pour lui permettre de collaborer avec le prêtre, nous pensons qu'un médecin d'une autre confession, voire un médecin non chrétien, peut efficacement le faire, à condition que l'un et l'autre apportent une compréhension humaine et le même attachement, chacun à sa façon, aux valeurs spirituelles de l'existence ; certains ecclésiastiques partagent d'ailleurs cette façon de voir.

A ce propos devait fatalement se poser, une fois de plus, la question du normal et du pathologique. Le besoin de « dépsychopathologiser », dans des proportions raisonnables évidemment, l'air que nous respirons journellement, de mettre un terme à cette sursaturation de l'atmosphère par le pathologique, résultat d'une diffusion excessive et mal assimilée par le public de notions, ou, plus exactement, de termes psychopathologiques, se fait jour. C'est à nous médecins, en premier lieu, qu'incombe ce devoir, cela au regard d'un zèle dépassant les bornes de l'utile, dont certaines écoles ont fait preuve ; « le pathologique du normal », comme s'exprimait dans l'un de ses écrits M. Rümke. La normalité ne saurait être située dans l'abstrait. « L'homme normal que voici » comporte nécessairement failles et faiblesses, comme le veut sa condition humaine, tels les éléments parasites qui, très normalement, viennent entacher l'authenticité de ses sentiments, jusqu'aux plus profonds et les plus élevés, mais à travers lesquels il sait aspirer à cette authenticité, comme le veut, cette fois-ci, sa vocation humaine, et ces « parasites » n'ont rien de névrotique encore. Suggestif a été à ce point de vue le rapport de L. Lopez

Ibor (Madrid) : « Angoisse normale et angoisse morbide ». Nous pensons, à ce propos, qu'il y a lieu de réviser l'emploi abusif du terme « angoisse », devenu en psychopathologie un véritable « Sésame ouvre-toi », servi à tout bout de champ, et qui nous écarte singulièrement de la nature originelle du phénomène en question. Là, la phénoménologie recouvre tous ses droits.

Dans cette même question : « Religion et psychothérapie » a été étudiée la question de la formation psychologique des prêtres. Il est curieux de voir jusqu'à quel point cette question se pose dans presque tous les secteurs des activités humaines. Cette circonstance est significative. Elle n'est qu'une des expressions de ce courant « anthropologique », de ce besoin d'humaniser les relations interhumaines dont nous avons parlé dès le début et qui s'est trouvé également au premier plan du Congrès de Barcelone. Mais, si tout le monde semble être d'accord sur le principe, l'établissement du programme présente pas mal de difficultés. Cela tient en partie — pour paradoxal que cela puisse paraître à première vue — à l'imprécision même des termes de « psychologie » et de « psychologique », qu'on trouve presque à chaque occasion, et dont on se sert même parfois, comme nous le savons, d'une façon abusive, en portant une atteinte sérieuse au sens propre que ces termes devraient avoir. De quelle psychologie s'agit-il ? Le courant anthropologique contribuera peut-être, là encore, à apporter plus de clarté, ce qui fait aussi que toute position unilatérale à l'excès appelle des réserves. Dans le programme, établi par un ecclésiastique gagné à la psychanalyse, pour la formation des prêtres, l'accent avait été mis sur des groupes de travail destinés à ceux-ci sous la direction d'un psychiatre-psychanalyste. Involontairement venait à l'esprit la question de savoir, sans du reste mésestimer la portée des connaissances psychanalytiques dont nous ne saurions nous passer ni les uns ni les autres, si un psychiatre non-psychanalyste n'avait rien à apporter de son côté.

Et, comme il est question de formation psychologique, disons encore que MM. Lamache et Davost (Rennes) reprenaient le thème qui leur est cher : « Situation, valeur et modalités d'enseignement de la psychologie clinique en médecine ». Cette communication, ils la faisaient à la section de psychologie clinique, présidée par M. Pichot (Paris), qui introduisait le débat par une conférence : « Contribution et méthodes objectives de la psychologie clinique à l'étude des indications et à l'évaluation des résultats de la psychothérapie ». La communication de MM. Lamache et Davost s'est trouvée mêlée à de nombreuses communications sur les tests projectifs, en prolongement

d'un des thèmes principaux du Congrès mondial de Psychiatrie, à Paris, en 1950.

L'apport de nos collègues espagnols, dans toutes les sections, a été très important ; ils sont venus cimenter ce Congrès, en associant étroitement leurs efforts à ceux de leurs hôtes, et en contribuant de cette manière largement à démontrer que le terme « international », là où il s'agit de recherche et de tendances humaines, contrairement à ce qui se passe par ailleurs, n'est point un vain mot, mais un mot chargé de signification et d'espérance.

Pour terminer, je ne puis m'empêcher de signaler un fait qui, bien que de nature personnelle, présente quand même peut-être un intérêt d'ordre plus général. Aux congrès, jusqu'à présent, j'ai eu fort peu de contact avec les collègues des Etats-Unis. Je ne connais point l'anglais ; la différence de mentalité y est aussi probablement pour quelque chose. Cette fois-ci — et c'est peut-être aussi le mérite du climat de ce Congrès — il en fut tout autrement. Ce contact a été particulièrement intime, et il est à peine nécessaire de dire tout le plaisir que j'en ai ressenti. Là où l'ignorance des langues nous séparait, des interprètes bénévoles intervenaient ; il en résultait un échange de vues particulièrement fructueux, témoignant qu'un lien s'établissait quant à nos tendances contemporaines. A ce point de vue doit être mentionné tout particulièrement le rapport de M. Rollo May (New-York) : « Analyse existentielle et science américaine ». Dans une étude subtile et approfondie, il exposait les caractères essentiels de la vie et, comme son retentissement naturel, de la mentalité aux Etats-Unis, en particulier pour ce qui est de la recherche scientifique et de l'orientation des idées, et, partant, pour ce qui est des raisons pour lesquelles celles-ci se montraient jusqu'à présent réfractaires à nos tendances quelque peu « philosophiques ». Ce fut un exposé attachant et instructif. En même temps, il nous parlait d'un livre qui paraissait récemment aux Etats-Unis, édité par ses soins, en collaboration avec MM. Henri F. Ellenberger et Ernest Angel, sous le titre : « Existence. — A new Dimension in Psychiatrie and Psychology ». Les 6.000 exemplaires de la première édition se sont vendus en l'espace de deux mois à peine. Certes, comme l'ajoutait M. Rollo May, tous les acheteurs de ce livre n'étaient point gagnés aux vues qui s'y trouvaient exposées ; on serre même probablement de plus près la vérité en admettant le contraire. N'empêche que la parution de ce volume et sa diffusion ont incontestablement leur importance. En première page — et j'espère que le lecteur ne me reprochera pas un manque de modestie si j'indique ce détail — se trouve une dédicace : « A Eugène Min-

kowski, pionnier de la psychiatrie phénoménologique, à Ludwig Binswanger, explorateur de l'analyse existentielle, et à tous ceux qui dans la science de l'homme ont ouvert de nouvelles perspectives pour notre compréhension de ce que signifie : être un être humain. » Satisfaction, certes, mais venant se fonder surtout sur le sentiment que, dans son effort, on vient s'intégrer à un courant commun, qui avec les années s'affirme et semble trouver maintenant un écho également de l'autre côté de l'Atlantique.

Dans ces pages, je n'ai su parler que d'une petite partie du Congrès. Dès le début, j'en ai donné les raisons. De plus — et cela je le disais également — je n'ai pas pu m'empêcher d'exposer avant tout comment ce que j'y ai entendu et cueilli est venu s'infléchir dans mon optique personnelle. Le lecteur m'excusera, je l'espère, et tirera peut-être ainsi, en poursuivant le dialogue qui s'est engagé au Congrès, de ces lignes quelque profit.

Colloque de psychologie médicale

(Rennes, 15-16 mars 1958)

par Paul-Henri DAVOST

Réunis sous la présidence de M. Gaston Berger, directeur général de l'Enseignement supérieur, un grand nombre de médecins français et étrangers, généralistes ou spécialistes, auxquels s'étaient joints des représentants des auxiliaires médicaux, ont participé au premier Colloque de psychologie médicale, organisé les 15 et 16 mars derniers, dans le cadre de la Clinique médicale B (P^r A. Lamache), par le Laboratoire de psychologie médicale (D^r P.-H. Davost), de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Rennes. Ces journées avaient pour thèmes, d'une part la situation et la valeur de la psychologie en médecine, d'autre part les principes et les modalités de l'approche psychosociale en médecine.

Dans son discours inaugural, M. Gaston Berger, après avoir rappelé la longue tradition de psychologie de l'Université de Rennes, et salué la mémoire du P^r Albert Burloud, indique le rôle que sont appelées

à jouer, dans le monde angoissé d'aujourd'hui, les sciences humaines. Ayant situé la place de la médecine parmi celles-ci, il souligne l'importance des facteurs psychologiques dans l'acte médical. Montrant que la psychologie a cessé d'être la discipline livresque et littéraire que d'aucuns continuent de croire, il met en lumière les données positives qu'elle est susceptible d'apporter à l'action médicale. Puis, constatant que le médecin, à l'instar de M. Jourdain pour la prose, fait journellement de la psychologie sans le savoir, il invite les médecins à faire de la psychologie en toute clarté et en toute conscience afin qu'elle acquière par cette lucidité une efficacité plus grande. Enfin, observant que toute l'activité médicale s'oriente autour d'un fait de conscience, la douleur, M. Gaston Berger montre qu'elle est aussi l'objet privilégié de la réflexion du philosophe. Ainsi, quoiqu'avec des orientations et des méthodes différentes, philosophes et médecins sont-ils associés dans la lutte que livre l'humanité contre la douleur et la souffrance.

Le P^r P. Nayrac (Lille) s'attache ensuite à l'étude des rapports de la psychologie et de la médecine depuis le xix^e siècle. Il dresse le bilan des apports de la psycho-physique, de la psychologie descriptive, de la psycho-physiologie et de la psychologie des profondeurs, pour conclure que la recherche a porté la psychologie à un point de précision et d'efficacité tel que le médecin ne peut plus se contenter d'une psychologie de routine, acquise au petit bonheur. Il importe donc que l'étudiant en médecine reçoive un enseignement suffisant de psychologie théorique et pratique.

Après avoir montré la nécessité d'une perspective anthropologique en médecine, le P^r Luis de Pina (Porto) analyse les différentes conceptions contemporaines de la psychologie médicale et constate qu'elles se réfèrent toutes au principe de totalité. Il fait ensuite l'historique de la conception unitaire de l'homme, s'attachant plus spécialement aux points de vue hippocratique et thomiste. Enfin, le rapporteur expose suivant quelles modalités l'enseignement de la psychologie est donné dans les Universités portugaises.

Traitant des fondements de la caractérologie médicale, le P^r W. Boven (Lausanne) insiste sur la plasticité de l'être humain à l'égard des influences subies. Il met en évidence le rôle de l'intuition profonde de l'identité de nature de la forme et de la fonction, du substratum et de l'essence, puis celui de l'inspiration thérapeutique. Enfin, après avoir précisé la contribution de la pathologie à la classification des caractères, l'auteur conclut que la caractérologie est une science propre à former les médecins à l'humanisme.

Le P^r A. Lamache et le D^r P.-H. Davost (Rennes) considèrent la psychologie médicale comme une discipline fondamentale, autonome, et préconisent qu'elle soit enseignée à tous les étudiants en médecine dès le début de leur *curriculum* universitaire. Ils exposent la manière dont ils conçoivent cet enseignement sur les plans théorique, expérimental et clinique. Enfin, ils mettent l'accent sur la nécessité d'une formation psychologique continue, dispensée par des médecins dûment qualifiés en psychologie.

Sous la présidence du P^r Nyssen (Bruxelles) se déroule alors un carrefour consacré à la formation psychologique des médecins et des auxiliaires médicaux. Le P^r Joannon (Paris) y délimite le champ de la psychologie médicale, soulignant la place qu'elle occupe actuellement en hygiène et insistant sur son indépendance à l'égard de la psychiatrie. Mme le D^r Favez-Boutonier, professeur à la Sorbonne, montre l'intérêt d'une formation psychologique générale pour ceux qui sont destinés à enseigner la psychologie médicale, et les avantages qui résultent d'une collaboration entre les médecins enseignant dans les Facultés des lettres et leurs collègues des Facultés de médecine. Le P^r Lafon, après avoir rappelé les réalisations effectuées à Montpellier, préconise la création d'une agrégation de psychologie médicale. Le Médecin-Général Hamon et le Médecin-Commandant Missenard étudient la relation médecin-malade et en dégagent les règles d'une initiation du médecin à la psychothérapie. Le professeur agrégé Tusques (Nantes) met l'accent sur l'influence heureuse que peut avoir une formation psychologique sur la personnalité même du médecin. Le D^r P. Sizaret (Tours), devant l'importance croissante accordée aux sciences expérimentales dans l'enseignement médical, montre la valeur clinique d'une vraie psychologie médicale. Le P^r Lamache insiste à nouveau sur la nécessité que cette formation soit donnée à la Faculté de médecine dans le cadre de chaires de psychologie médicale. Enfin, le professeur Nyssen conclut cet échange de vues en exposant comment il a conçu l'enseignement de la psychologie aux étudiants en médecine de l'Université libre de Bruxelles.

Ouvrant la deuxième journée, le P^r Georges Heuyer souligne, dans son rapport sur l'approche psychosociale en médecine, l'importance pour le médecin de connaître les conditions de vie dans lesquelles se trouvent ses patients. Il aborde plus particulièrement le problème de l'alcoolisme et ses répercussions médico-sociales, celui de l'influence du champ psychosocial sur la délinquance, et enfin l'incidence de l'habitat sur la santé.

Traitant des méthodes et des techniques en psychologie sociale

médicale, le P^r agrégé Pichot (Paris) envisage successivement les procédés spécifiques, différentiels et documentaires, puis leurs champs d'application, pour conclure que la médecine ne saurait négliger de recourir à des moyens éprouvés en d'autres domaines pour mieux comprendre les interactions malade-milieu et malade-médecin.

Le Médecin en chef Quéro (Marine) et le Médecin-Commandant Missenard (Air), prenant la médecine militaire comme exemple de médecine collective, en décrivent les aspects psychosociaux. Ils s'attachent, d'une part, à étudier l'affrontement du jeune adulte avec un milieu hiérarchisé et, soulignant le rôle institutionnel et clinique du médecin militaire, à décrire d'autre part le climat dans lequel s'établit la relation soldat malade-médecin militaire.

Envisageant les modalités de l'approche psychosociale en milieu hospitalier, MM. Lamache et Davost insistent sur la nécessité de recourir à des techniques rigoureuses. Ils montrent tout l'intérêt que présente le travail en équipe des médecins, des psychologues et des travailleurs sociaux dans le cadre d'un laboratoire hospitalier de psychologie médicosociale.

Dans une séance de communications ont été abordés des sujets dont la diversité illustre l'étendue du domaine de la psychologie médicale. C'est ainsi que le P^r agrégé Fréour et le D^r Serise (Bordeaux) ont rapporté les résultats d'une enquête d'opinion portant sur les différents facteurs qui agissent sur la décision médicale, en matière de tuberculose. MM. Grossiord et Duché (Paris) mettent en lumière l'action des facteurs psychologiques aux différents stades de la rééducation motrice des infirmes, et précisent l'attitude que le médecin doit adopter à leur égard pour faciliter leur réadaptation sociale. L'Inspecteur général Hazemann (Paris) montre qu'il faut dépasser les notions classiques de surface et de volume en matière d'habitat et faire leur place aux facteurs psychosociaux. Le D^r Néron (Paris), analysant le retentissement des chocs émotifs de l'enfance, souligne que c'est le sentiment d'abandon qui est ressenti comme le plus traumatisant. Le P^r Patay (Rennes) présente l'appareil qu'il a conçu pour mesurer les temps de réaction discriminatifs et décrit ses modalités d'utilisation en clinique. Le D^r Sapir (Paris), se fondant sur huit ans d'expérience hospitalière, démontre le rôle social et individuel de la psychosomatique. Mlles le D^r Rousset, Chauveau et de Lanlaye relatent, d'une part, les résultats de cinq années de formation psychomédicale à l'école d'infirmières et d'assistantes sociales de Rennes, d'autre part une expérience de formation psychologique d'assistantes sociales en cours d'emploi. Le P^r Lamache présente enfin les résultats

d'une enquête hospitalière sur le comportement alimentaire des alcooliques chroniques, enquête effectuée avec le concours des D^{rs} Pecker et Davost.

Avant que M. Paul Henry, Recteur de l'Académie de Rennes, n'ait dit dans son allocution de clôture combien il était partisan que les étudiants en médecine reçoivent de médecins qualifiés une solide formation psychologique, deux vœux avaient été émis à l'unanimité des participants : l'enseignement de la psychologie comme science fondamentale aux étudiants en médecine, et la création de laboratoires hospitaliers de psychologie médicale.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Le diagnostic psychiatrique, par Agostino RUBINO (Auto et libero docente à la Clinique des Maladies nerveuses de l'Université de Naples) (Préface du Professeur Buscaino) (1 volume, 443 pages (en langue italienne). Editeurs : V. Idehon Di A. Gnocchi E. F., Naples).

Comme l'indique la préface du Professeur Buscaino et l'auteur lui-même, ce livre fait suite à celui, publié il y a 4 ans, sous le même titre. Mais alors que le premier était consacré à l'étude des symptômes, celui-ci ne s'occupe que des syndromes, précédant vraisemblablement un troisième volume sur les Entités cliniques. Il s'agit là d'un remarquable travail, richement documenté d'une bibliographie particulièrement importante, et très élégamment présenté. Il est à tendance biologique.

Dix-huit chapitres le composent :

Le premier est consacré à la déficience psychique (oligophrénie), avec ses formes nosologiques spéciales. En effet, une étude très importante et très au point s'intéresse : *a*) aux oligophrénies displasiques (types blastomatoses) ; *b*) encéphalopathies par facteur Rhésus maternel ; *c*) mongolisme ; *d*) leucodystrophies familiales progressives ; *e*) microcéphalie ; *f*) troubles du métabolisme neural et extraneural ; *g*) syndrome oculo-diencéphaliques de type dégénératif ; *h*) polyoligophrénies par insuffisance thyroïdienne ; *i*) par lésions hypophysaires ; *j*) démences infantiles.

Le second chapitre parle des troubles affectifs de l'âge évolutif.

Le troisième chapitre s'intéresse aux grands syndromes névrotiques : neurasthénie, névroses d'angoisse (où l'auteur différencie heureusement l'angoisse de l'anxiété), psychasthénie, hystérie, névroses traumatiques.

Au cinquième chapitre, A. Rubino étudie les dysthymies (mélancolie, manie) ; les syndromes confusionnels occupent aussi le cinquième chapitre.

Le sixième chapitre est fait de l'exposé consacré aux psychoses schizophréniques. On y retrouve toutes les recherches physiopathologiques et anatomo-pathologiques poursuivies depuis longtemps par l'école de Buscaino.

L'auteur aborde ensuite, dans un septième chapitre le problème fort délicat et encore mal élucidé des formes marginales entre les névroses et la schizophrénie.

Le huitième chapitre est consacré à l'épilepsie dans ses données les plus modernes et les plus récentes.

Un neuvième et assez bref chapitre nous parle de la personnalité psychopathique et de la personnalité morale pathologique.

Tout aussi bref est celui sur les syndromes délirants systématiques (paranoïa).

Les onzième et douzième chapitres sont consacrés aux psychoses alcooliques et aux toxicomanies.

Le treizième chapitre nous apporte toutes les documentations cliniques, biologiques, thérapeutiques et anatomo-pathologiques sur la paralysie générale progressive.

La démence sénile occupe le quatorzième chapitre. Il est suivi de l'étude des syndromes démentiels particuliers (artériopathiques, post-infectieux, post-traumatiques, neurologiques).

Au chapitre seize on rencontre un important travail sur les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales et dans les diverses localisations de ces dernières.

Enfin, le dernier chapitre énumère les troubles mentaux dans les traumatismes crâniens encéphalitiques.

On se trouve donc devant un important travail essentiellement clinique et d'où la psychopathologie est en grande partie écartée.

C'est un volume de psychiatrie médicale pure et précise. C'est ce qui en fait, je crois, son charme et son intérêt. Je recommande sa lecture attentive aux spécialistes qui aiment la clarté.

Paul ABÉLY.

Problèmes biologiques et problèmes religieux, par René CHATEAU, un livre de 149 pages (Edition Berger-Levrault, 1958).

Il y a deux mois, j'analysais un volume de P. Chauchard sur le même sujet. Dans le numéro d'aujourd'hui sont résumés un livre du Père Oraison et celui du pasteur René Chateau, tous les deux inspirés des mêmes préoccupations. Il s'agit bien d'une question d'actualité.

Pourquoi est-elle d'actualité ? Je suis peut-être présomptueux en essayant de trouver deux explications conjointes : une angoisse diffuse et un besoin d'engagement.

Je remarque si souvent cette double orientation affective chez tous les jeunes que je rencontre, que je me suis demandé si l'engagement n'est pas chez eux une thérapeutique de l'angoisse. Les générations nouvelles s'engagent souvent très précocement dans les liens du mariage et de la paternité et tout aussi hardiment dans les disciplines philosophiques, curieusement situées aux pôles extrêmes. Il semble qu'ils aient de moins en moins besoin de liberté ou qu'ils ne savent plus qu'en faire.

P. Chauchard puisait ses arguments dans la psycho-biologie et la neuro-physiologie. R. Chateau invoque des témoignages plus éloignés de notre spécialité : ceux de J. Rostand, Lecomte de Nouy, Teilhard de Chardin, etc..., ainsi que d'autres philosophiques ou philosophoscientifiques, enfin de la genèse. Toutes ces lectures sont pleines d'intérêt et de charme, mais, aucune ne m'apporte la plénitude spirituelle, aussi aurai-je quelque tendance à rédiger une analyse très voisine de celle que j'ai faite à propos de la « créa-

tion évolutive » de P. Chauchard. Ce serait manquer d'originalité. Mais je suis bien obligé de répéter qu'à tous manque la dure expérience psychiatrique et qu'ils négligent peut-être aussi de se référer à la définition religieuse du mot « mystère », ce qui les conduit à d'autres postulats.

Le premier chapitre de cet ouvrage se nomme : « Création et évolution », il est, pourrait-on dire, documentaire et historique.

Le second s'appelle : « Déterminismes biologiques et liberté humaine ». L'auteur y décrit des déterminismes biologiques en rapport avec le sentiment de liberté. J'approuve personnellement ces pages et n'y vois sujet à aucune controverse.

Le troisième chapitre aborde un problème plus épineux sous le titre de : « Rédemption biologique ou Rédemption spirituelle ».

On y retrouve quelques phrases intéressantes qui indiquent bien l'orientation de l'auteur. « Il n'y a pas, pour le croyant, de guérison par la foi à opposer à la guérison par la technique médicale... » « Si l'homme a le droit de protéger la vie, a-t-il aussi le droit de la diriger ?... On entre alors dans le domaine des questions préoccupantes : le problème de la direction des naissances, l'insémination artificielle, l'accouchement sans douleur. »

Le quatrième et dernier chapitre est consacré à « La mort biologique et le problème de la survie ».

« La science, écrit le pasteur R. Chateau, n'a pas le droit de dire que tout est fini après la mort, moins que quiconque, elle n'en a le droit. » Elle ne peut, en effet, dans cette conjoncture rien affirmer, car elle n'a aucune documentation sur laquelle elle puisse s'appuyer.

Le livre du pasteur R. Chateau est, comme il se doit, tout imprégné de beauté morale et d'idéalisme.

Mais à lui, comme à P. Chauchard, on ne peut s'empêcher de poser cette question : « Pourquoi il y a-t-il de 2 à 3 pour mille d'aliénés de par le monde ? » C'est là une proportion non négligeable qui aboutit au chiffre approximatif de 6 à 8 millions sur notre modeste globe terrestre, d'individus privés, pour un temps variable, de jugement, de liberté, d'équilibre moral et, en général, sans qu'ils en soient les responsables.

Si l'on retient que les maladies mentales sont beaucoup plus curables qu'autrefois et que, par conséquent, « la circulation » de tels patients est plus grande et qu'elle se renouvelle ainsi depuis probablement des siècles à un rythme assez constant pour chaque génération, on se heurte tout de même à un problème qui ne peut être ni éliminé, ni passé sous silence et qui rentre bien pourtant dans le cadre « des problèmes biologiques et religieux ».

Paul ABÉLY.

Vocabulaire de la psychologie, par H. PIÉRON (publié avec la collaboration de l'Association des travailleurs scientifiques) (Deuxième édition, 1 volume de 468 pages. Presses Universitaires de France, Paris, 1957).

Pour nous, psychiatres, ce volume n'est pas comparable au lexique de M. Porot et collaborateurs, mais il en est le complément indispensable. Sa première édition parut en 1950. Il s'est révélé comme indispensable de le

rééditer huit ans plus tard, car, comme l'écrivit H. Piéron, dans la préface, il a fallu adapter ce vocabulaire au langage technique de plus en plus employé dans la psychologie sociale et l'étendre aussi du côté de l'anatomo-physiologie la psychophysiologie dans ses rapports avec la psychosomatique, la psychochirurgie, et les diverses thérapeutiques de la neuropsychiatrie. Enfin, les théories de l'information et la cybernétique demandaient, elles aussi, à être précisées. C'est dire l'importance des suppléments et modifications apportés à cette deuxième édition.

Tenter l'analyse détaillée d'un tel apport serait pratiquement fastidieux, mais je puis dire que la lecture en est aisée, intéressante et jamais lassante, les annexes sont toutes aussi d'une utilité essentielle : symboles divers, formulaire statistique, table de grandeurs et unités, table de psychopharmacologie, lexique des racines grecques, etc...

J'avoue que depuis que je me suis familiarisé avec lui, je ne peux plus rédiger un travail quelconque sans l'avoir à mes côtés. C'est dire que je ne saurais assez le recommander à tous mes confrères en psychiatrie.

Paul ABÉLY.

La schizophrénie, par le Dr Guy DELPIERRE, 1 volume de 109 pages, imprimerie Fornara, Genève, 1957).

Le Dr G. Delpierre est diplômé d'études supérieures de l'Institut International de « Psychagogie » et de « Psychothérapie de Genève. Il a déjà publié d'autres travaux et études, dont une importante sur la « jalousie » sera prochainement analysée dans cette revue.

Son ouvrage sur la schizophrénie représente un essai plus modeste, qui correspond à une bonne mise au point de la question à l'époque où il l'a rédigé.

On y trouve également un regroupement assez complet des diverses théories et conceptions en cours.

Il énumère classiquement les divers symptômes et étiologies envisagés, les formes cliniques, l'évolution et le diagnostic, divers aperçus anatomo- ou psycho-pathologiques, enfin un traitement.

Ce travail me paraît être une excellente « question » de préparation à des concours divers. Je le recommande aux candidats qui préparent le médicament des hôpitaux psychiatriques.

Mais j'avoue ne pas y rencontrer des idées très originales, ni des conceptions vraiment nouvelles, sortant un peu des sentiers battus. Il est vrai que, dans ce petit livret de 100 pages, il aurait été difficile de développer et d'éclaircir un problème aussi ardu, dont la désignation même est encore discutable.

Paul ABÉLY.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

La division schizoïde en psychopathologie, par José BLÉGER. (*Acta neuro-psiquiátrica argentina*, vol. 4, n° 1, janvier-mars 1958, p. 9-14).

Le phénomène de la division schizoïde (fragmentation du comportement ou division du moi) se rencontre tant à l'état normal qu'à l'état pathologique. Il varie dans son intensité depuis un degré léger jusqu'à la perte de l'unité ou de l'intégration de la personne, avec apparition de signes de conduite primitive (schizophrénie). La division schizoïde est basée sur le phénomène social de l'aliénation. C'est, au fond, une réduction phénoménologique de cette dernière. Dans l'aliénation, les objets produits par l'homme deviennent indépendants et sont investis de qualités humaines, dans la mesure où les hommes appauvrissent leur personnalité, en se transformant en objets soumis à l'influence de forces incontrôlables. Dans ce processus social, est impliquée toute la phénoménologie de la division schizoïde, dans tous ses degrés, jusqu'à la normalité. Le type de lien, entre les personnes et les objets revêtus de leurs propres qualités devenues étrangères, explique la structure des névroses, des psychoses des perversions, de caractéropathies et de leurs relations mutuelles.

V.-J. DURAND.

Les psychoses puerpérales, considérations sur la pathogénie, la nosographie, l'évolution et les séquelles à distance sur la base d'observations personnelles, par Clélia FIORE (de Lecce). *Acta psychiatrica*, Lecce, 1^{er} année, 1958, p. 113-136).

Révisant les principaux travaux sur les psychoses puerpérales, l'auteur décrit 31 cas personnels. En conclusion, il apparaît possible d'admettre l'existence de souffrances multiples, soit somatiques, soit psychiques s'associant et impliquant dans son ensemble l'unité somatopsychique. Il en résulte un groupement caractéristique de symptômes, à caractère endogène ou exogène, qui peuvent s'interpréter comme expressions de souffrance mésocéphalique. Au point de vue symptomatique, les tableaux cliniques morbides des psychoses puerpérales sont susceptibles d'être rapportés presque toujours à ceux de la confusion mentale à pronostic d'habitude bénin. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Réactivité à la couleur des malades mentaux examinés par le test chromatique de Luescher, par Rodolfo BELSANTI (de Lecce). (*Folia psychiatrica*, Lecce, 1^{re} année, 1958, p. 171-183).

Examinant la réactivité à la couleur au moyen du test de Luescher chez différents malades mentaux, l'auteur montre que cette épreuve peut préciser certaines caractéristiques de la personnalité. Il souligne l'importance que ce test pourrait avoir pour le diagnostic différentiel. Il est susceptible de révéler une tendance plus ou moins forte à l'autonomie-passivité chez les schizophrènes, à l'autonomie très nette chez les paranoïdes, à la passivité des déprimés par rapport aux maniaques, enfin à la passivité accusée des hystériques.

V.-J. DURAND.

Considérations sur l'art des aliénés et des artistes modernes, par Paulo FRALETTI. (*Boletim de Higiene mental*, Juqueri, Brésil, XIV^e-XV^e année, mars-décembre 1957, n^{os} 152-158, n^{os} 159-161, p. 1-10).

L'auteur rappelle quelques travaux classiques ou récents sur la question de l'art des aliénés, en donnant des exemples personnels. Les caractères essentiels de l'art pathologique sont évoqués, ainsi que les rapports entre production artistique et syndromes mentaux. Les mécanismes psychopathologiques correspondants sont décrits. Puis, est montrée la parenté entre les œuvres de certains artistes modernes et celles de divers malades mentaux. Si les points communs sont évidents, les différences ne sont pas moins importantes. De toute façon, l'art des aliénés n'est pas une manifestation inutile, mais une expression humaine et profondément psychologique. D'autre part, l'art moderne n'est ni un raffinement ni une dégénérescence de décadents, c'est une conséquence inévitable du choc de deux cultures. L'art moderne est le résultat de l'angoisse des grands initiés : poètes, peintres et sculpteurs. Sept figures.

V.-J. DURAND.

Considérations sur le "rythme alpha frontal" en psychiatrie, par R. VIDAL-TEIXIDOR et J. SOLER-BACHS. (*Anales de Medicina*, Barcelone, vol. 44, n^o 1, mars 1958, p. 160-162).

Le rythme alpha frontal peut se voir dans de nombreux syndromes en psychiatrie. Anxiété, crises ou « attaques », céphalées, phobies, dépression, se retrouvaient dans les cas examinés par les auteurs. Au point de vue électro-encéphalographique, l'élément caractéristique était l'apparition d'activités rapides sous forme de rythme alpha dans la région frontale, avec ou non rythme alpha occipital. Le reste du tracé était désynchronisé ou aplati. Psychologiquement, les malades montraient un syndrome très semblable à celui de la thymopathie anxieuse, mais moins complet, organisé autour de l'anxiété. Celle-ci, bien qu'ancrée biologiquement, se développe et se structure avec des éléments réactionnels ou psychogènes.

V.-J. DURAND.

Sur la fréquence d'observations cliniques de paralysie générale avec réflexes pupillaires conservés et symptomatologie fruste. par Gian Carlo Ricci (de Livourne). (*Rivista di neurobiologia*, vol. 4, fasc. 1, janvier-mars 1958, p. 33-53).

Huit observations de paralysie générales sont présentées, montrant des pupilles et des réflexes photo-moteurs normaux dans 50 % des cas. Dans l'autre moitié, il n'y avait que des troubles oculaires limités (myosis, anisocorie, torpeur des réflexes). La syphilis a été difficilement retrouvée dans les antécédents, mais les tares neuropsychiques familiales et personnelles étaient chargées. Une évocation est faite du mécanisme du signe d'Argyll Robertson, ainsi que des équivalents de ce signe. En ce qui concerne l'examen du liquide céphalo-rachidien, il apparaît qu'il a permis d'exclure des syndromes méningitiques et cérébro-vasculaires syphilitiques, confirmant la nature démentielle paralytique des syndromes oligosymptomatiques observés. Il faut souligner l'importance des antécédents psychonévrotiques, des atteintes stressantes physiques et psychiques, de l'alcoolisme, des traumatismes crâniens, des thérapeutiques, antibiotiques, sur le développement et le déterminisme de la maladie. Une explication de la pauvreté des symptômes pupillaires et neuropsychiques observés serait la précocité du diagnostic biologique. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Le délire autoreféré de jalousie, par J. FUSTER. (*Anales de medicina*, Barcelone, vol. 44, n° 1, mars 1958, p. 151-154).

Deux cas de délire autoreféré de jalousie sont rapportés. Il s'agit d'une forme de délire à contenu interprétatif, à direction centripète, le malade s'attribuant un rôle passif. Il se croit l'objet des jalousies d'un alter-ego. Cette variété se voit chez des personnalités sensibles, comme expression symptomatique de causes psychologiques diverses, à l'occasion de facteurs exogènes toxiques (alcool, tabac, café). Ce délire traduit l'extériorisation d'une tension intérieure libérée et transformée par un mécanisme de production délirante compensatrice.

V.-J. DURAND.

Schizophrénies incendiaires, par Léon Duc (de Bâle). (*L'hygiène mentale*, t. 46, n° 4, 1957, p. 269-280).

L'auteur expose trois observations de schizophrènes incendiaires, répondant à des tableaux cliniques et à des mécanismes différents. Dans le premier cas, il s'agissait d'un malade de 39 ans, avec délire actif, à thème cosmique, l'incendie étant commis à la suite d'hallucinations auditives impératives. La schizophrénie présentait une poussée aiguë unique. Le second malade, âgé de 50 ans, était un schizophrène ancien, dont l'affection avait évolué par épisodes intermittents, séparés par des phases de rémission.

L'acte antisocial fut exécuté de sang-froid, de façon logique. Enfin, le troisième sujet, âgé de 29 ans, était atteint d'une forme simple de schizophrénie. L'auteur évoque les classiques travaux de Gaston Bachelard sur le symbolisme et montre les difficultés possibles au point de vue de la conduite à tenir, quant à la durée de l'hospitalisation.

V.-J. DURAND.

L'évolution du concept de névrose, par WILSON DE LYRA CHEBABI. (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 6, n° 3, 1957, p. 197-212).

Après un rappel historique, l'auteur montre l'état actuel des conceptions relatives à la névrose. Les névroses apparaissent comme des manifestations d'une altération de la personnalité considérée dans ses dimensions biographiques et historiques. Elles ne se bornent pas à exprimer un désordre fonctionnel de l'organisme humain, mais elles concernent l'homme dans son ensemble, dans sa condition d'existant, à l'égard des choses, des autres et de lui-même. Les névroses s'extériorisent à travers des tableaux cliniques variés, mais elles comportent toujours en elles un symptôme fondamental : l'anxiété. La nature propre des névroses indique comme unique recours pour la cure, la psychothérapie, dans ses diverses modalités. Elle se montre d'autant plus efficace, que le thérapeute aboutit à une compréhension plus profonde de son malade.

V.-J. DURAND.

Particularités de la période terminale de la schizophrénie et incohérence verbale, par M. S. VRONO (*Revue de Neuropathologie et de Psychiatrie*, Moscou, tome 57, fascicule 5, p. 565 à 572).

Résultats des recherches sur 50 schizophrènes présentant une incohérence verbale à la période terminale.

13 malades présentaient une schizophasie ; il s'agissait de schizophrènes à forme purement paranoïde.

16 malades présentaient une incohérence verbale ; il s'agissait d'hébéphrènes catatoniques.

Enfin, chez 21 malades, l'incohérence verbale était associée à la schizophasie ; il s'agissait de forme paranoïde, qui fut toujours suivie de catatonie.

Les formes cliniques de la schizophrénie conservent les particularités de leur évolution jusqu'au stade final. L'incohérence verbale est un témoignage de l'évolution maligne du processus schizophrénique.

Des recherches sur l'activité des centres nerveux supérieurs (expérimentation associative, plétimographie, épreuves pharmacologiques) confirment les données d'autres auteurs sur la faiblesse du processus irritatif et la prédominance d'une inhibition au-delà de toute limite dans le cortex cérébral.

Enfin, il faut souligner l'intérêt de l'étude de l'activité électrique du cerveau et de la lenteur des ondes.

J. CHAMBON.

Du problème pathogénique de la schizophrénie, par E.A. POPOV (*Revue de neuropathologie et de psychiatrie*, Moscou, tome 57, fascicule 5, p. 545 à 555).

Un grand nombre d'observations ont été recueillies afin d'éclairer le problème pathogénique de la schizophrénie, mais tout ce matériel n'est pas encore classé et interprété. Cette interprétation devrait s'appuyer sur les trois points suivants :

1° Les troubles mentaux et certaines autres perturbations du système nerveux s'expliquent en termes pavloviens comme une manifestation de l'inhibition « dans les différents degrés de diffusion et de tension ».

2° La schizophrénie se caractérise au point de vue neurologique par une prédominance du système para-symphathique.

3° Il existe une diminution du métabolisme des hydrates de carbone, d'où le système nerveux réagit moins aux altérations des composants du sang.

Ces trois phénomènes sont étroitement liés en s'adaptant aux modifications du milieu environnant ; l'organisme animal élabore deux variantes dans la tendance des processus vitaux. L'une se caractérise par la prédominance de l'excitabilité sympathicotonique et la prépondérance des processus cataboliques. L'autre est caractérisée par la prédominance de l'inhibition, la para-symphathicotomie et la prépondérance des processus anaboliques.

L'état maniaque peut être considéré comme une variante pathologique du premier type, le second type caractérisant la schizophrénie.

Ainsi, les principales manifestations de la schizophrénie apparaissent comme des éléments liés entre eux par un seul et unique complexe biologique.

J. CHAMBON.

Troubles psychiques et atrophies musculaires protopathiques, par GIOVANNI GIOVANNELLI (de Sienne). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 47, fasc. 3, mai-juin 1958, p. 376-400).

Après une rapide revue de la littérature, l'auteur rappelle quelques-unes des théories pathogéniques relatives à l'association des troubles psychiques et des atrophies musculaires protopathiques. Puis, il décrit deux observations personnelles qui lui permettent d'affirmer que cette association est assez fréquente et en rapport avec une dégénérescence abiotrophique. Les signes d'oligophrénie sont fréquents dans les atrophies musculaires protopathiques, plus rares dans les atrophies myélogènes et neurogènes. Dix-sept figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Etude psychodiagnostique de la démence sénile, par JOSÉ GRASES (*Informaciones Psiquiátricas*, San Baudilio de Llobregat, vol. 2, n° 4, 4^e trimestre 1957, p. 69-87).

L'auteur a étudié, au moyen de diverses échelles d'organicité, le psychogramme de la démence sénile. Il a utilisé les signes d'organicité de Piotrowski, l'échelle de Ross et Ross, l'échelle d'absence d'organicité de Dorken et Kral, dont la validité a été de 85 %, le syndrome d'ensemble de Bohm.

Il apparaît que le dément sénile se prête difficilement au test de Rorschach. Le refus des planches est fréquent, associé parfois avec la persévération. Les réponses de petits détails sont rares, sauf si le total des réponses est relativement élevé. La proportion des FC est faible. Les réponses chromatiques sont parfois remplacées par l'énumération des couleurs. Il y a absence de valeurs moyennes dans les interprétations d'animaux de 20 à 50 %.

V.-J. DURAND.

Sur un signe rare et précoce de la schizophrénie, par Carlo GIOVE (de Reggio Calabria). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 47, fasc. 3, mai-juin 1958, p. 297-320).

Neuf cas de schizophrénie sont rapportés, dont le début était marqué par des automatismes moteurs. Des erreurs peuvent être provoquées par ces symptômes. L'auteur expose le diagnostic différentiel entre ces automatismes moteurs et ceux d'origine organique, telles les manifestations motrices de l'épilepsie extrapyramidale. La différenciation doit se faire aussi avec des symptômes hystériques. Afin de faciliter cette distinction, il convient de mettre l'accent sur deux groupes de signes : 1) signes de présomption (jeune âge, céphalée, asthénie avec fatigabilité rapide, confusion mentale subjective, troubles du sommeil, troubles digestifs, perturbations cardiaques) ; 2) signes de probabilité (sentiments de honte, de peur, mentisme, automatisme mental, phénomène de fixation, sentiment d'étrangeté, tendance à l'isolement). Très importants pour le diagnostic sont les tests psychologiques et l'électro-encéphalographie. Il est apparu que les manifestations motrices fonctionnelles et pré-schizophréniques se voient surtout chez les peuples de l'Europe méridionale, ainsi que chez les autochtones d'Afrique et de l'Inde qui ont une constitution essentiellement mimique-motrice. L'auteur formule l'hypothèse de l'origine ancestrale de ces manifestations qui font réémerger des profondeurs du psychisme des motifs et des attitudes caractéristiques d'une population accoutumée à exprimer, depuis les temps les plus lointains, par des danses et des manifestations mimiques, la vaste gamme des sentiments personnels et des états d'âme. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Le problème du délire schizophrénique, par Honorio DELGADO. (*Revista de Neuro-Psiquiatria*, Lima, t. 21, n° 1, mars 1958, p. 1-11).

L'étude de l'auteur se base sur l'examen de 140 schizophrènes paranoïdes (cent hommes, quarante femmes). Au début de la psychose, le délire constitue le symptôme unique de 45 % des hommes et de 50 % des femmes. En pleine phase évolutive, on notait des pseudo-perceptions dans 92,85 %, et une pensée schizophrénique dans 86,42 % de l'ensemble des cas. Le délire, répondant à la rupture des catégories normales de la pensée, est un trouble psychique fondamental (atélésis) d'origine actuelle et endogène. Les sentiments et la perception ne jouent pour lui qu'un rôle accessoire. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Sur l'influence de l'intoxication alcoolique aiguë dans l'inceste et la zoophilie, par P. DOGLIANI et V. MICHELETTI (de Castiglione delle Stiviere). (*Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. 82, fasc. 2, 30 juin 1958, p. 485-499).

Trois cas d'inceste et deux de zoophilie sont rapportés, montrant l'influence de l'intoxication alcoolique aiguë. On peut considérer ces actes comme secondaires à l'action inhibitrice du toxique sur les centres nerveux localisés dans les lobes frontaux et qui seraient destinés aux relations du sujet avec le monde extérieur. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Les contenus délirants en relation avec l'époque historique d'apparition, par R. REGGIANI (de Bologne). (*Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. 82, fasc. 2, 30 juin 1958, p. 430-445).

Après avoir exposé les principales méthodologies actuellement en faveur pour l'étude des délires, l'auteur montre les rapports existant entre contenu délirant et époque d'apparition des troubles. Ce travail porte sur 305 cas de schizophrénie. Il apparaît d'une comparaison entre les syndromes observés en 1931-36, 1940-45, 1953-56, qu'un rapport de dépendance peut être souvent constaté entre le contenu délirant et les conditions historiques et sociales de l'époque d'élaboration du délire. Ces faits peuvent s'inscrire dans les conceptions de la psychopathologie moderne qui voient, dans la dissociation schizophrénique, l'intervention de conflits intimement liés à l'histoire personnelle du malade. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Les fables de Düss appliquées à 27 schizophrènes. Compréhension du symbole et stade de fixation instinctivo-affective, par Aldo RABASSINI et Leopoldo RIGO (de Treviso). (*Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. 82, fasc. 2, 30 juin 1958, p. 457-471).

Les fables de Düss sont appliquées à 27 schizophrènes adultes. Les résultats obtenus sont en faveur de la primitivité instinctive et affective de la maladie, qui contraste parfois avec l'élaboration formelle des réponses. Il s'agit d'une affectivité pré-œdipienne, avec forte prédominance des éléments oraux (parfois chargés d'agressivité) et d'abandon. Cependant, il faut noter des différences sensibles entre les divers cas examinés. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

L'art psychopathologique. Revue critique, observations générales et contribution casuistique. Limites des rapports entre art moderne et art psychopathologique. Considérations psychopathologiques sur le problème du "stilwandel", par Gastone MACCAGNANI (d'Imola), 1 volume. 126 pages, supplément au fasc. 2 de *Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. 82, Editrice Age, Reggio Emilia, 1958.

Après avoir analysé les motifs historiques et esthétiques, qui se trouvent à la base de la transformation radicale et du développement particulier de

certains mouvements de l'art figuratif contemporain, l'auteur expose les caractéristiques de l'expression artistique des schizophrènes. Il évoque la notion plus générale de l'art psychopathologique, en confronte objectivement les positions respectives et met en évidence la perspective sous laquelle doit être valablement considéré le rapport entre les deux formes d'art moderne et d'art pathologique, analogues, mais dissemblables, soit esthétiquement, soit psychopathologiquement. Son but est de décrire ce rapport en dépassant les limites d'une simple spéculation littéraire. Il étudie ensuite le problème du « Stilwandel », c'est-à-dire du changement de style survenu chez l'artiste comme conséquence de la maladie mentale (surtout de la schizophrénie). Cette notion est intéressante pour la pathographie, mais elle permet aussi de nouvelles voies d'accès à l'analyse phénoménologique suivant les directives de Morselli, de Jaspers, de Baruk. Une étude attentive de ce changement de style donne toujours une plus grande valeur aux structures positives du tableau clinique schizophrénique. Ces structures ne correspondraient pas seulement aux mécanismes de libération au sens de Jackson, mais pourraient témoigner de l'apport constructif du psychisme indemne. Des observations personnelles sont rapportées. Quarante-trois figures. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Les manifestations cliniques de la fatigue, par Mario ARESU (de Cagliari), (*Archivio di Medicina Mutualistica*, vol. 9, 1958, p. 65-93).

Après un examen des données de la physiologie, l'auteur envisage la symptomatologie clinique de la fatigue. Il distingue des fatigues modérées, intenses, et des épuisements graves. Etudiant particulièrement la fatigue intense, il montre la diminution de l'efficacité du travail musculaire, la baisse de la coordination des mouvements, l'apparition de crampes douloureuses et de contractures, les lésions observées au niveau de l'appareil circulatoire, les modifications possibles du sang, de l'appareil digestif, des reins, des endocrines, du système nerveux. L'épuisement grave peut être considéré comme une forme sortant des conditions normales de travail, imposée par une incitation violente de la volonté ou par la nécessité de se soustraire à un danger particulièrement grave. Les signes apparus alors sont très aigus, parfois rapidement mortels dans la forme cardiaque par atteinte aiguë du myocarde ou dans la forme syncopale dépendant souvent de l'hypercapnie, d'où vasoconstriction et ischémie cérébrales. La dilatation aiguë du cœur et la fièvre sont des aspects moins graves, pouvant céder au traitement. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Recherches sur la déchéance mentale des alcooliques, par Marino BOSINELLI et Glaucio CARLONI (d'Imola). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 47, fasc. 2, mars-avril 1958, p. 209-231).

Les auteurs ont étudié les effets de l'intoxication alcoolique chronique sur le rendement intellectuel. Dans ce but, ils ont employé le test de Wechsler-Bellevue forme 1, avec ses onze sub-tests, dans un groupe homogène de 64 buveurs d'habitude et une série de contrôle de 54 sujets normaux. Ces buveurs étaient tous névrotiques et non psychotiques. Le quotient intel-

lectuel moyen des alcooliques était inférieur de 24,95 à celui des sujets-témoins. Le déficit était global, mais surtout marqué pour les sub-tests de complètement d'images et de compréhension générale. Il y avait, d'autre part, une corrélation positive entre l'intensité de l'affaiblissement et la durée de l'intoxication. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

La fatigue. Aspects étiopathogéniques, par Germaro DI MACCO (de Rome). (*Archivio di Medicina Mutualistica*, vol. 9, 1958, p. 9-63).

La fatigue constitue un processus pathologique qui se développe sur le plan organique comme un syndrome (pouvant aller jusqu'à l'importance d'une maladie) déterminé par une activité excessive, nerveuse, musculaire, sécrétoire, etc. Il faut la considérer dans sa pathogénie en rapport avec les variations neuro-végétatives et métaboliques, qui expriment l'intervention de facteurs d'auto-régulation pour le maintien de l'homéostasie. La fatigue doit, également, être examinée en relation avec le caractère aspécifique assumé par elle en face de causes déclenchantes. Il convient de noter le manque d'un test satisfaisant de détection de la fatigue et de soins convenables contre celle-ci. Actuellement, la fatigue est essentiellement nerveuse, car la mécanisation a diminué l'effort musculaire. Cet épuisement nerveux est un facteur très important dans la genèse des névroses chez des sujets prédisposés et intervient dans le déterminisme de divers états pathologiques relevant de la médecine psychosomatique.

V.-J. DURAND.

Observations de syndromes pseudo-schizophréniques chez des militaires, par C. PETRÓ et B. LEONE (de Milan). (*Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. 82, fasc. 2, 30 juin 1958, p. 393-405).

Une étude est faite de cinquante soldats qui, en temps de paix ou au cours des premiers mois de leur service militaire, furent hospitalisés pour des formes à symptomatologie de type schizophrénique, à évolution assez rapide et toujours favorable. Pour la majorité, il s'agissait de soldats originaires de l'Italie du Sud et particulièrement des régions « déprimées » au point de vue économique et culturel. Les auteurs recherchent les causes des troubles observés dans un mécanisme psychogène à type de réaction à un milieu nouveau, chez des sujets prédisposés par des raisons liées à leur zone d'origine et à leur constitution, en rapport possible avec des facteurs ethniques. Quelques considérations sont faites en ce qui concerne le traitement. On peut accorder une certaine importance aux thérapeutiques de choc et à la psychothérapie. Des conseils sont donnés pour la prophylaxie de ces troubles.

V.-J. DURAND.

Considérations sur le test Tsedek chez des sujets normaux et des psychopathes criminels, par Francesco CORRADO (d'Aversa). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 47, fasc. 3, mai-juin 1958, p. 357-375).

L'auteur a appliqué le test Tsédek à cent sujets normaux et à soixante psychopathes criminels (vingt homicides, vingt délinquants habituels, vingt

éthylques chroniques). Chez les cent sujets normaux, divisés en cinq groupes de vingt, le coefficient de jugement moral a été trouvé plus ou moins élevé, mais très différent d'un groupe à l'autre, même si les conditions d'âge, de sexe et de culture étaient semblables. Parmi les plus jeunes, le coefficient de moralité a été plus élevé. Pour les groupes de psychopathes criminels examinés, le jugement moral a été trouvé déficitaire, de façon plus ou moins accentuée, à cause de facteurs multiples, variables suivant les groupes. Le test n'a pas semblé utile pour la discrimination du jugement moral, mais est considéré comme un moyen complémentaire d'étude de la personnalité globale des criminels psychopathes. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Le problème de la personnalité du tuberculeux hospitalisé, par Marino BARINELLI et Gastone MACCAGNANI (d'Imola). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 47, fasc. 3, mai-juin 1958, p. 267-296).

Après avoir passé en revue quelques opinions sur le problème de la personnalité du tuberculeux pulmonaire et particulièrement du malade hospitalisé, les auteurs rapportent les résultats de leurs recherches psychologiques personnelles sur un groupe de trente bacillaires soignés en sanatorium. Malgré l'existence de certains éléments communs à tous ces malades, tendant à se manifester avec une certaine fréquence (dépression affective, préoccupations hypocondriaques, anxiété, agressivité, symptômes de lutte intérieure), il n'a pas été noté de signes suffisants pour pouvoir tracer un profil précis et pathognomonique. Il apparaît plus vraisemblable d'admettre que les dispositions psychologiques préexistantes se trouvent accentuées, se manifestant de façon plus nette dans la situation particulière créée par la maladie et surtout par l'influence du milieu sanatorial. L'évolution actuellement plus favorable de la tuberculose est susceptible d'apporter des modifications aux points de vue psychologiques envisagés. De toute façon, il serait utile que les phthisiologues soient mieux informés des problèmes de la personnalité des tuberculeux. L'intervention d'un psychologue dans les sanatoriums serait également indiquée. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Psychose et réaction délirante secondaire. Contribution à la question de la « folie induite » ou « folie à deux », par Adolf GUNTERMANN (de Cologne). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, vol. 80, fasc. 1-2, 1957, p. 135-161).

L'auteur décrit deux très intéressantes observations de psychoses induites, le premier cas concernant une jeune femme atteinte d'un délire schizophrénique, le second constitué par la mère de cette malade, montrant d'abord une réaction induite, puis un syndrome également schizophrénique. L'évolution se fait alors parallèlement. D'importants passages des interrogatoires successifs sont reproduits permettant de noter l'étroite union délirante de la mère et de la fille. Divers commentaires sont faits sur les éléments constitutifs du syndrome, ainsi que sur la nature du mécanisme de l'induction, au sens psychologique. Certaines opinions classiques sont évoquées. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Aux confins de la schizophrénie. Considérations sur certains états limitrophes, par E. EVRARD (de Liège). (*Acta neurologica et psychiatrica belgica*, vol. 58, fasc. 5, mai 1958, p. 356-371).

Dans son allocution présidentielle prononcée devant la Société de médecine mentale de Belgique, l'auteur revient sur certains problèmes posés par divers états limitrophes du groupe des schizophrénies. Il fait à leur sujet d'intéressants commentaires d'ordre psychopathologique et nosographique. Un tableau névrotique peut constituer le mode de début d'une folie discordante. Ce peut être le cas, par exemple, des aspects psychasthéniques d'une schizophrénie paranoïde initiale. La projection sur le monde extérieur de la personnalité subjective troublée, d'une part, la tendance à l'intégration au moi d'un monde extérieur ainsi modifié, altéré et détaché du réel, d'autre part, sont des signes d'alarme.

La constitution schizoïde peut permettre l'éclosion de névroses marginales en influençant de façon notable les contenus et les mécanismes névrotiques de défense et d'adaptation au milieu.

Des critères biopsychologiques valables font encore défaut pour identifier la schizophrénie parmi les psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës et subaiguës. Ces diverses formes constituent un groupe d'attente. Dans l'état actuel de nos connaissances, le critère du dynamisme évolutif peut seul permettre d'affirmer l'existence d'une schizophrénie.

La paraphrénie, qui se place, dans la classification nosographique, entre la paranoïa et la schizophrénie, paranoïde, illustre l'importance de la conservation du fond mental et d'une adaptation suffisante au monde ambiant, comme signes de différenciation avec la psychose paranoïde. Au premier plan de la paraphrénie doit apparaître également la valeur des notions de structure de la personnalité et de niveau d'intégration sociale, facteurs de résistance plus ou moins grande aux forces dissociatives. On peut opposer dans une certaine mesure la résistance du paraprénie à la fragilité de l'adolescent. Cinq observations très démonstratives illustrent l'exposé.

V.-J. DURAND.

NEUROLOGIE

Lésions du névraxe secondaire à l'ingestion d'éthyl-étain (Stalinon), par J.-E. GRUNER. (*Revue neurologique*, t. 98, n° 2, février 1958, p. 109).

L'étude histologique porte sur 4 cas ; les lésions sont comparées à celles relevées chez des singes et souris intoxiqués par le stalinon.

Lésions humaines et animales sont identiques. Le cerveau est gonflé, œdématisé. La substance blanche a un aspect finement criblé ; les gaines myéliniques sont moliniformes. La phlébotomie y est nette sans aucun signe inflammatoire. Les noyaux gris montrent une inhibition légèrement supérieure à celle du cortex. L'atteinte hépatique et constante dans les cas expérimentaux. (Six photomicros).

L. MARCHAND.

Étude clinique d'ensemble sur 210 cas d'intoxication par les sels organiques d'étain, par Th. ALAJOUANINE, L. DEROBERT et S. THIEFFRY. (*Revue neurologique*, t. 98, n° 2, 1958, p. 85).

Sur les 210 cas d'intoxication par le stalinon, 201 sont utilisés pour le travail. Les constatations anatomiques ont démontré une unique lésion viscérale, l'œdème du tissu nerveux cérébro-médullaire.

Les symptômes fonctionnels consistent en céphalées, douleurs abdominales, vomissements, constipation, troubles de la vision (photophobies), troubles urinaires (rétention d'urine). A noter l'absence de fièvre.

Les signes de la maladie s'inscrivent dans tous les chapitres de la pathologie nerveuse, troubles de la conscience et du psychisme : insomnie, obtusion intellectuelle, troubles du langage, convulsions, syndrome méningé, paralysies transitoires, paraplégies. Le fond d'œil, normal deux fois sur trois, ne permet pas de confirmer l'œdème cérébral. Le liquide céphalo-rachidien est normal huit fois sur dix. L'électro-encéphalogramme ne décèle que des signes de souffrance diffuse.

Les signes généraux consistent en hypothermie, bradycardie, amaigrissement rapide.

L'évolution favorable concerne 84 malades. La mort est survenue chez 98 malades par coma, crises convulsives ou contractures, syncopes, troubles respiratoires (apnée) et circulatoires.

Aucune thérapeutique n'a eu une action quelconque. La fixation du toxique sur la cellule est instantanée, irréversible. La seule action utile fut la décompression chirurgicale par un volet. Tentée huit fois, elle a sauvé six malades d'une mort certaine.

L. MARCHAND.

Encéphalopathies toxiques au stalinon (aspects anatomo-cliniques et électroencéphalographiques), par P. COSSA et DUPLAX (Nice), FISCHGOLD et Mme ARFEL-CAPDEVIELLE (Paris), LAFON, PASSOUANT et MINVIELLE (Montpellier) et J. RADERMECKER (Anvers). (*Revue neurologique*, t. 98, n° 2, 1958, p. 97).

Sur les onze observations rapportées par les auteurs, huit se sont terminées par la mort.

Le début des accidents se place entre deux et 25 jours après la prise du stalinon. A la période d'état, c'est la somnolence ou un état comateux qui domine ; on observe souvent une raideur du cou. Les signes moteurs sont peu fréquents, on peut observer des crises dépilepsie. La stase papillaire, la céphalée, les vomissements peuvent faire penser à une tumeur cérébrale, les troubles psychiques à une encéphalite diffuse.

Dans les cas mortels, le décès s'est produit dans un délai de deux à onze jours après le début des accidents. Le cerveau est œdématisé. Au point de vue histologique, les lésions neurotoxiques aiguës s'observent au niveau de l'écorce, des noyaux des nerfs crâniens et des noyaux pontins. On note la dégénérescence aiguë de l'oligodendrogliose.

Des fluctuations rapides et très importantes des signes électro-encéphalo-

graphiques et cliniques plaident en faveur d'une cause toxique plutôt qu'en faveur de lésions focales de type inflammatoire.

Comme enseignement à tirer des faits, il faut reconnaître que dans l'étiologie des encéphalopathies aiguës, on doit parfois émettre l'hypothèse d'un processus toxique non infectieux.

L. MARCHAND.

Paralysies multiples récurrentes des nerfs craniens, par Ch. SYMONDS. (*Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, vol. 21, mai 1958, p. 95).

L'auteur présente quatre observations dans lesquelles des paralysies de nerfs craniens apparaissent successivement et disparaissent rapidement. Les paralysies sont unilatérales; elles intéressent les nerfs moteurs (VII^e paire, III^e paire, VI^e paire, XII^e paire), rarement la VIII^e paire. On ne note aucun symptôme d'une affection cranienne. Le liquide rachidien est normal, la réaction de Wassermann est négative. L'étiologie toxique ou infectieuse est envisagée, la tuberculose dans deux cas. Il semble possible que ces paralysies craniennes récurrentes représentent une réaction hypersensible particulière des éléments conjonctifs des nerfs ou de leur enveloppe méningée. L'étiologie de sarcoïdose reste incertaine.

L. MARCHAND.

L'étiologie des polynévrites, par A. M. CAMPBELL. (*Proceedings of the royal Society of Medicine*, vol. 51, n° 3, mars 1958, p. 157).

L'auteur ne considère que l'étiologie des polynévrites infectieuses ou syndrome Landry-Guillain-Barré. Il résume les principaux travaux sur cette question, qui, pour la plupart, concluent à l'action d'un virus. Sa communication a surtout pour but de présenter des cas de polynévrite qui paraissent causés par la contagion de chats atteints de la maladie appelée « influenza du chat » ou « entérite féline ». Ayant observé 12 cas de polynévrite infectieuse depuis trois ans, il a fait des recherches auprès d'autres cliniciens qui avaient aussi noté que la maladie pouvait être due à la contagion des chats infectés. L'entérite féline a une mortalité de 20 %, est fortement contagieuse d'animal à animal et on peut admettre que 70 % des chats sont infectés; comme symptômes, on note l'inflammation intestinale, la diarrhée, l'agranulocytose et l'augmentation de volume des ganglions lymphatiques. Un vaccin a été créé contre cette maladie. Chez des malades de l'auteur qui avaient été atteints de polynévrite, on peut obtenir avec leur sérum la réaction de fixation du complément en utilisant un antigène extrait de la rate et du poumon de chats infectés avec le virus de l'entérite féline.

L. MARCHAND.

Résultats expérimentaux obtenus dans l'encéphalite humaine, type encéphalite subaiguë à inclusions, leucoencéphalite sclérosante subaiguë, par S. PELC, J.-O. PÉRIER et L. QUERSIN-THIRY. (*Revue neurologique*, t. 98, n° 1, janvier 1958, p. 3).

Dans trois cas d'encéphalite, type leucoencéphalite sclérosante subaiguë et encéphalite subaiguë à inclusion (évolution clinique, données électro-encéphalographiques, documents anatomiques), des essais d'identification de

l'agent étiologique ont été tentés à partir de matière cérébrale récoltée après la mort dans les trois cas et aussi par biopsie dans un des cas.

Les cultures tissulaires n'ont pas montré d'aspect pathologique après ensemencement du matériel humain. L'inoculation intracérébrale à des souris a donné des résultats non probants.

L'inoculation à deux singes a produit une symptomatologie encéphalique chez les deux singes au premier passage, chez un singe sur quatre au deuxième passage et zéro sur deux au troisième passage.

Le cerveau d'un des singes primo-inoculés a montré des lésions anatomiques comparables à celles rencontrées dans la maladie humaine.

L. MARCHAND.

Contribution à l'étude des encéphalopathies d'origine pancréatique, par I. BERTRAND, G. CERBONNET et Mme J. GODET-GUILLAIN. (*Revue neurologique*, t. 96, n° 4, avril 1958, p. 245).

Un sujet de 44 ans est atteint de pancréatite ; il présente un état confusionnel avec délire onirique des crises de contracture tonique, azotémie. Intervention : nécrose de l'isthme pancréatique. A l'examen anatomique du système nerveux, processus dégénératif portant sur l'ensemble du névraxe, mais atteignant surtout l'étage ponto-cérébelleux ; lésions myéliniques importantes. Pancréatite aiguë hémorragique avec nécrose massive. Le concept d'une encéphalopathie d'origine pancréatique paraît très défendable. L'observation actuelle réalise la synthèse des travaux antérieurs sur cette affection neuro-pancréatique (douze photomicros.).

L. MARCHAND.

Encéphalocèles, méningocèles par hypervitaminose A et considérations cliniques, par A. GIROUD, M. MARMINET et M. SOLÈRES. (*Revue neurologique*, t. 98, n° 3, mars 1958, p. 181).

Recherche sur la tératogénèse par hypervitaminose A chez le rat. Les dispositions morphologiques comme les conditions tératogéniques s'accordent pour révéler la parenté des encéphalocèles, des méningocèles et de l'anencéphalie. Tout indique qu'on doit les rattacher à un même processus fondamental : un trouble de fermeture de l'encéphale. Les données constatées chez ces embryons anormaux permettent d'envisager que plusieurs malformations du nouveau-né humain présentent entre elles une certaine parenté et pourraient être considérées comme dérivées d'une fermeture plus ou moins imparfaite du tube encéphalique (dix figures).

L. MARCHAND.

Encéphalite par grippe asiatique, par D. FURTADO. (*Revue neurologique*, T. 98, n° 3, mars 1958, p. 192).

Observation d'un cas de grippe asiatique chez un sujet de 21 ans. On note comme particularité une évolution très aiguë faisant coïncider l'apparition des symptômes nerveux avec le deuxième jour d'infection grippale. Mort en cinq jours de maladie. La symptomatologie encéphalitique est marquée par

l'intensité des troubles de conscience, l'apparition de crises épileptiques et d'un état de mal, la réaction méningée avec pléocytose discrète du liquide céphalo-rachidien, par la gravité des symptômes végétatifs, par la réduction diffuse de l'électrogénèse et des ondes rapides occasionnelles de haut voltage. La preuve biologique n'a pas été faite puisque le virus n'a pas été isolé. Du point de vue anatomique, il s'agit d'une encéphalite diffuse caractérisée par la dilatation de tous les vaisseaux, par des hémorragies, par de la périvascularite, par l'œdème, par des lésions des cellules ganglionnaires, par de la lepto-méningite. Le processus est plus intense dans le tronc cérébral et les noyaux centraux.

L. MARCHAND.

Influence de la lobectomie temporale sur l'état mental des épileptiques psycho-moteurs, par Th. ALAJOUANINE, J. NEHLIL et R. HOUDART. (*Revue neurologique*, t. 98, n° 3, mars 1958, p. 165).

L'expérience des auteurs porte sur 22 lobectomies temporales pour épilepsie. L'intervention faite sous contrôle cortico-graphique a consisté en l'ablation du lobe temporal, y compris les structures profondes, c'est-à-dire la corne d'Ammon et, dans la mesure du possible, le noyau apygdalien. 18 sujets étaient atteints de troubles mentaux graves ; dans 3 cas, il s'agissait de débilité mentale, ils ont été éliminés du cadre de cette étude. 7 étaient atteints de troubles mentaux graves, épisodes dépressifs, manifestations impulsives ; 8 étaient atteints de troubles mentaux mineurs.

Dans la plupart des cas, l'intervention n'a pas ou a peu modifié la survenue des manifestations dépressives. Elle a eu les meilleurs résultats sur les troubles caractériels graves avec impulsivité violente.

Il existe dans une certaine mesure un parallélisme entre l'amélioration de l'épilepsie et celle des manifestations psychiques. Chez des épileptiques, opérés pour leurs crises, on peut observer une amélioration du caractère.

L. MARCHAND.

Nouvelles observations d'idiotie familiale avec dégénérescence spongieuse des centres nerveux (maladie oedémateuse progressive cérébrale de la première enfance), par E. DE VRIES, L. VAN BOGAERT et G. W. F. EDGAR. (*Revue neurologique*, t. 98, n° 4, avril 1958, p. 271).

Cette forme d'idiotie familiale doit être séparée de la forme infantile précoce familiale de la sclérose diffuse et de l'encéphalite périaixile de Schilder. Les auteurs donnent l'histoire de deux familles israélites qui comprennent dans la première deux cas et dans la deuxième trois cas. Une étude anatomique complète porte sur le deuxième cas de la première famille. L'enfant est mort à l'âge de 12 mois.

Le tableau clinique de la dégénérescence spongieuse du cerveau comporte l'hypotonie, l'arrêt du développement psychique, des crises convulsives, parfois une augmentation du volume du crâne, l'atrophie papillaire, des états de rigidité. Le liquide céphalo-rachidien et l'électro-encéphalographie sont normaux.

Au point de vue anatomique, le gonflement du cerveau et l'aspect spongieux de la substance blanche sont frappants. Le gonflement oedémateux se

présente sous forme de petites cavités ne contenant aucune substance décelable.

Le diagnostic différentiel est discuté à l'égard des autres formes de la leucodystrophie infantile et de la mégalencéphalie.

Au point de vue biochimique, le seul cas examiné montre une augmentation des valeurs d'exosamine de l'ordre de celle qu'on trouve dans la leucodystrophie familiale (huit figures).

L. MARCHAND.

Maladie de Little. Recherches physiopathologiques sur la réactivité des motoneurones. Premiers résultats, par A. TOURNAY et J. PAILLARD. (*Revue neurologique*, t. 98, n° 3, mars 1958, p. 172).

La stimulation électrique du nerf mixte (nerf sciatique interne) permet d'obtenir chez l'homme une réponse, réflexe des motoneurones bien individualisable dans ses caractéristiques de latence et d'amplitude (réflexe de Hoffmann). Le témoin électromyographique de la contraction musculaire réflexe fournit un moyen direct et précis d'apprécier le nombre des motoneurones recrutés par la volée réflexogène électriquement déclenchée. Les résultats partiels présentés par les auteurs concernent l'étude des variations de l'amplitude des réponses en fonction de l'intensité de la stimulation sur un lot de 19 enfants atteints de maladie de Little et sur un lot de 12 enfants hémiplegiques. Un groupe témoin de sujets normaux comprend 8 sujets. Les auteurs arrivent à identifier trois grandes familles de groupes nettement différenciés ; groupe caractéristique des sujets normaux, groupe correspondant à une formule de courbes symétriques dans lequel se trouvent uniquement des Little bilatéraux symétriques ; groupe correspondant à une formule de courbes comprenant essentiellement des hémiplegies pures.

L. MARCHAND.

Trois cas d'arthrogryposis multiplex congénita, par A. GROSSIORD, J. P. HELD, V. BEGZADIAN-KRATCHATRIAN et E. RAVERDY-NOZAL. (*Revue neurologique*, t. 96, n° 4, avril 1958, p. 263).

Il s'agit d'une affection rare dont la pathogénie est encore imprécise et dont la description est faite sous la dénomination de *myodystrophia congenita*, contracture articulaire congénitale multiple, *myodystrophia foetalis deformans*. Ce syndrome malformatif est une maladie neuro-musculaire dans laquelle on a noté l'atrophie et la diminution du nombre des cellules des cornes antérieures. Les auteurs en rapportent trois cas chez des sujets âgés respectivement de 4 ans et demi, 19 ans, 9 mois. Dans ces trois observations, on retrouve les raideurs articulaires congénitales graves avec paralysie amyotrophique dans les mêmes territoires ; absence de troubles intellectuel ; le syndrome est fixé et non évolutif. Les deux premières concernent les diplégies branchiales et la troisième une forme paraplégique (cinq figures).

L. MARCHAND.

Syndrome de type diencephalique envisagé comme séquelle de la bombe atomique, par M. KONUMATA, M. FURUTANI et S. KUBO, Hiroshima. (*Journal of Medical Sciences*, 1957, 5, n° 4, p. 369-392).

Les auteurs groupent les descriptions multiples et variées des troubles physiques et psychiques dont souffrent les survivants de la bombe atomique, en un syndrome qu'ils comparent aux syndromes diencephaliques. Schématiquement, les troubles physiques touchent le système circulatoire, l'appareil digestif, les voies urinaires, la peau les glandes endocrines. Une grande fatigabilité et une certaine fragilité aux diverses maladies s'y ajoutent, en même temps qu'une particulière susceptibilité à la température, aux changements de saisons, à l'environnement en général. Au point de vue mental, les symptômes les plus fréquents sont les céphalées, vertiges, troubles du sommeil, ainsi que les difficultés du travail intellectuel, les troubles de la mémoire, la fragilité émotionnelle, l'extrême sensibilité au moindre choc psychologique.

Tous ces symptômes réunis semblent constituer un syndrome que les auteurs attribuent au dysfonctionnement diencephalique causé directement ou indirectement par la bombe atomique.

R. ROBERT.

La myopathie lipo - libro - calcaire, contribution électromyographique, par L. ZINOLLI, M. DE CARLO et F. CASERTANO. (*Archivio Maragliano*, 1958, 14, p. 231-256).

Les auteurs présentent un cas de myopathie lipo-fibro-calcaire ou maladie de Mattioli-Foggia et Raso. Cette maladie semble avoir une individualité clinique, radiologique et anatomo-pathologique bien définie. Cliniquement, il s'agit essentiellement de l'existence d'un certain nombre de tumeurs musculaires de sièges particuliers (face antérieure des cuisses, ceinture pelvienne, ceinture scapulaire). Au point de vue radiologique, ces tumeurs ont un aspect opaque, uniforme, à contours nets, de forme et de volume variables, mais de siège le plus souvent symétrique. L'évolution est chronique, lente, coupée de rémissions prolongées. Le terrain n'est pas indifférent : il s'agit le plus souvent d'un terrain dégénératif héréditaire-familial, tant au point de vue psychique qu'au point de vue physique. En particulier, on note toujours un certain puérilisme avec un niveau mental correspondant globalement à la débilité. Des accès psychosiques aigus ne sont pas rares au cours de l'évolution. Au point de vue anatomo-pathologique, il s'agit essentiellement de la transformation locale du tissu musculaire en tissu fibreux, transformation dont aucune théorie pathogénique ne semble donner actuellement d'explication satisfaisante. Enfin, l'examen électro-myographique montre dans les zones voisines des tumeurs, une activité électrique de plus en plus réduite à mesure qu'on est plus près de la lésion.

R. ROBERT.

Les signes neurologiques du « delirium tremens », par G. BOUDIN, A. LAURAS, H. KREBS et M. LANIÈRE. (*Revue neurologique*, t. 98, n° 5, mai 1958, p. 381).

Sur leurs 106 observations, les auteurs ont trouvé trois catégories de signes neurologiques : les constants, les inconstants, les anormaux.

Les quatre signes constants comprennent le tremblement, la dysarthrie, le déséquilibre, l'incoordination motrice. Leur présence va de pair avec les résultats biologiques. Les signes inconstants comprennent l'absence de réflexes achilléens, le myosis, les crises épileptiques. Comme signes anormaux, on relève l'existence de signes pyramidaux, la raideur méningée. La normalité du liquide céphalo-rachidien, du fond d'œil, l'absence de paralysies oculo-motrices et de signes vestibulaires sont à noter. Les auteurs n'ont pas trouvé de lésions macroscopiques du système nerveux au cours des examens anatomiques des *delirium tremens*.

Les auteurs concluent : la constatation des quatre signes du syndrome neurologique « dans toutes les formes, même les plus frustes, va de pair avec les résultats biologiques que nous avons étudiés par ailleurs pour confirmer l'unité clinique du *delirium tremens* classique et des bouffées confuso-oniriques des alcooliques. Toutes les formes de passage entre ces extrêmes peuvent être observées ».

L. MARCHAND.

Lésions centrales dans la maladie de Recklinghausen, par M. JEQUIER et Th. RABINOWICZ. (*Revue neurologique*, t. 98, n° 5, mai 1958, p. 391).

Travail basé sur cinq cas de neurofibromatose (maladie de Recklinghausen). La fréquence des lésions centrales est relevée : lésions du tronc cérébral, du cervelet et du cerveau d'origine glio-épendymaire. Les lésions se trouvent à des stades évolutifs différents. Les variations de la pression intra-cranienne et les crises épileptiques sont deux facteurs importants dans l'intensité et la localisation des lésions, qui sont surtout représentées par la glie au niveau des lieux de fermeture du canal neural, sur les surfaces extérieures du tronc cérébral et du cervelet, au niveau de l'épendyme, autour des vaisseaux. Ces lésions extrêmement étendues n'ont presque entraîné aucun signe de localisation. Elles se sont traduites par une hypertension intracrânienne ou par des crises épileptiques.

L. MARCHAND.

Contribution à l'étude des paralysies avec hyperkaliémie : rôle de l'insuffisance cortico-surrénalienne, par P. MOLLARET, M. GOULON et M. Tournilhac. (*Revue neurologique*, t. 98, n° 5, mai 1958, p. 341).

Les paralysies avec hyperkaliémie méritent une étude d'ensemble et doivent être individualisées dans un syndrome particulier esquissé par les auteurs. Leur étude porte : 1° sur les paralysies avec hyperkaliémie au cours de l'insuffisance cortico-surrénalienne et comprend l'observation d'un sujet de 50 ans atteint de maladie d'Addison et chez lequel se développèrent des paralysies étendues avec insuffisance respiratoire et hyperkaliémie. La guérison fut obtenue sans séquelles ; 2° sur les paralysies avec hyperkaliémie chez les insuffisants cortico-surrénaux recevant des sels de potassium. La sensibilité de ces sujets au potassium est classique.

On doit donc reconnaître l'existence de paralysies accompagnées de troubles sensitifs au cours de l'insuffisance cortico-surrénalienne. En raison de leur évolution régressive, on peut admettre leur origine fonctionnelle. De tous les troubles humoraux, l'hyperkaliémie est le seul présent.

L. MARCHAND.

Les paraplégies cypho-scoliotiques. Révision critique, par L. ROQUES, (*Revue neurologique*, t. 98, n° 5, mai 1958, p. 358).

Si, d'après les observations de paraplégies cypho-scoliotiques, il ressort une impression d'ensemble plutôt favorable au traitement chirurgical, l'auteur rapporte trois cas dans lesquels l'intervention a eu des résultats nuls ou catastrophiques. L'auteur reprend la question en étudiant, en critiquant et en analysant 96 observations de paraplégies cypho-scoliotiques. Leur début, leurs facteurs étiologiques, leurs caractères cliniques et humoraux, leur évolution, les constatations anatomiques faites seulement dans de rares cas, les traitements chirurgicaux et orthopédiques sont exposés sans idée préconçue (quatre figures, bibliographie importante).

L. MARCHAND.

Une forme d'encéphalopathie subaiguë d'étiologie incertaine, par S. NEVIN et W. H. Mc MENEMEY. (*Proceedings of the Royal Society of Medicine* (section de neurologie), vol. 51, n° 7, juillet 1958, p. 535).

Les auteurs qui ont observé cinq cas citent les premières observations qui ont été publiées depuis 1922 (Fischer 1911, Spielmayer 1922, Heidenhaim 1928, Hallervonden 1930).

L'affection a une évolution progressive. L'âge des malades varie entre 38 et 70 ans et l'issue fatale survient en deux à six mois. Elle débute, soit par des symptômes indiquant des altérations focales dans quelques régions des hémisphères cérébraux, le cervelet et les ganglions de la base, soit par un état démentiel associé à des symptômes généraux tels que céphalée, vertiges, insomnie, douleurs dans les membres. La rigidité musculaire, le tremblement, l'athétose ou les myoclonies, l'épilepsie, l'épilepsie myoclonique, font partie du tableau clinique. La détérioration mentale devient complète, le malade ne parle plus, reste stuporeux, immobile, gâteux. La pneumographie et l'artériographie ne décèlent aucune modification cérébrale importante. La lésion principale du cerveau consiste en un état spongieux intéressant la couche moléculaire du cortex, le thalamus, le corps strié, le pallidum, le cervelet. On peut noter la présence de ramollissements multiples. Discussion du diagnostic avec la maladie de Creutzfeldt-Jacob. L'affection est une encéphalopathie subaiguë avec atrophie spongieuse de la substance grise cérébrale ; elle est différente de la dégénérescence cortico-striato-spinale de la maladie de Creutzfeldt-Jacob. Se basant sur la variabilité des symptômes cliniques symptomatiques de lésions pouvant intéresser toutes les régions de la substance grise cérébrale, les auteurs admettent qu'il s'agit d'une forme de dysfonction vasculaire. Aucune notion sur l'hérédité (trois photomicros).

L. MARCHAND.

Syndromes pseudo-bulbaires dans les processus expansifs intracrâniens par Constantin ARSENI et Mihai BOTAZ (de Bucarest). (*Acta Neuro-Psiquiátrica Argentina*, vol. 4, n° 2, avril-juin 1958, p. 110-117).

Sur 2.750 malades opérés pour des processus expansifs intracrâniens, les auteurs ont constaté la présence d'un syndrome pseudo-bulbaire symptomatique dans sept cas vérifiés au cours de l'opération : deux tumeurs du

trunc cérébral, deux tumeurs pariétales, une tumeur temporo-occipitale, une tumeur temporale et un hématome chronique sous-dural hémisphérique. Tous ces malades ont montré des syndromes pseudo-bulbaires dans le cadre d'une symptomatologie neurologique complexe. Parfois, le syndrome pseudo-bulbaire a constitué un signe de début à la différence du syndrome pseudo-bulbaire d'origine artérioscléreuse, le syndrome lié au développement d'une néoformation peut rétrocéder parallèlement à l'évolution des autres signes cliniques après l'opération. D'accord avec les données cliniques et radiologiques obtenues, le syndrome pseudo-bulbaire peut s'interpréter comme une conséquence de troubles hémodynamiques dans le tronc cérébral et de lésions cérébrales diffuses. Six figures.

V.-J. DURAND.

Étude cliniconeurologique de vingt et un cas de botulisme, par C. CASTEDO, M. HERMIDA et H. PURICELLI. (*Acta Neuro-Psiquiátrica Argentina*, vol. 4, n° 2, avril-juin 1958, p. 118-126).

La présente étude concerne une intoxication botulinique collective observée à La Plata avec 21 malades dont 12 cas mortels par ingestion de piments. La période d'incubation fut de quatorze à quarante-huit heures pour les cas mortels, de vingt à quatre-vingt-onze heures dans les formes curables. Dans les cas mortels, les symptômes les plus fréquents furent : vision trouble, mydriase, ptosis, diplopie, strabisme, réflexes pupillaires diminués ou absents, dysphagie, dysphonie, dysarthrie, anarthrie, paralysie vélo-palatine et linguale, parésie du diaphragme, avec tachypnée costale supérieure, coloration « héliotrope » des téguments, tachycardie, hypotension, faiblesse musculaire sans parésie des muscles de la nuque et des membres, hyper-réflexivité tendineuse (contrairement à ce qui est ordinairement observé). Dans les cas bénins, la symptomatologie était surtout oculaire : diplopie, mydriase, vision trouble, strabisme, réflexes pupillaires retardés, ptosis. Il y avait également de la constipation, de la dysphonie, de la sécheresse de la bouche. Le mécanisme d'action de la toxine botulinique n'est pas encore bien connu. On pense qu'elle bloque les terminaisons non myélinisées des fibres nerveuses au niveau de la plaque motrice, intervenant dans la production d'acétylcholine. Ainsi, les impulsions nerveuses ne peuvent plus atteindre la région touchée. Tableaux. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Échinococcose cérébrale et cranio-cérébrale, par Giuseppe CANGER (de Nocera Inferiore). (*Rassegna di Neuropsichiatria*, vol. 12, n° 3-4, 1958, p. 298-307).

L'auteur décrit deux cas d'échinococcose cérébrale : le premier, chez un malade de 36 ans, avec point de départ crânien ; le second, chez une jeune fille de 17 ans, caractérisé par le siège exceptionnel de développement (intra-ventriculaire) de deux kystes. Il faut souligner l'importance de quelques données angiographiques qui paraissent typiques (absence de vaisseaux à l'intérieur de la lésion, déplacement énorme des vaisseaux qui forment un cercle autour des kystes). Sept figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Un facteur neurogène affectant le développement des ulcères gastriques et duodénaux. Sur l'arachnoïdite chronique, par Osamu MORIMOTO (de Kyoto). (*Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica*, vol. 12, n° 1, avril 1958, p. 50-64).

Pour appliquer le point de vue de Maekawa, l'auteur a cherché à retrouver comme mécanisme causal des ulcères gastriques et duodénaux, des modifications arachnoïdiennes et médullaires. Des autopsies pratiquées dans quatre cas vérifiées d'ulcères gastriques et duodénaux ont permis d'observer une prolifération diffuse et granulaire des cellules de l'arachnoïde dans le segment en entonnoir au niveau des septième et huitième racines rachidiennes dorsales. Dans deux cas, les modifications histologiques étaient plus marquées autour des racines antérieures que des racines postérieures. Dans les deux autres cas, il n'y avait pas de différences appréciables. Fréquemment, s'observe une infiltration apparente des cellules rondes dans le tissu graisseux épidual. Des changements semblables à ceux de la réaction d'axone se voyaient dans les cellules de la corne latérale de la moelle, principalement dans le groupe apical et dans le groupe du faisceau latéral. Des altérations caractéristiques étaient constatées dans le ganglion spinal postérieur avec vacuolisation, rétraction cellulaire, existence de cellules fantômes, aussi bien que prolifération des cellules interstitielles et capsulaires. Bien que des modifications des cellules nerveuses dans le noyau moteur dorsal du pneumogastrique ne se soient montrées que discrètes, l'infiltration de cellules rondes autour des vaisseaux sanguins dilatés près de ce même noyau moteur a été retrouvée dans deux cas, pour lesquels les symptômes d'ulcère avaient été accentués et l'évolution aiguë. Sept figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Recherches sur la sélection d'organes dans les névroses spécialement dans l'asthénie neuro-circulatoire. Sur l'arachnoïdite chronique, par Osamu MORIMOTO (de Kyoto). (*Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica*, vol. 12, n° 1, avril 1958, p. 34-49).

D'après les conceptions psychologiques de Maekawa, les symptômes somatiques dans les névroses (spécialement dans l'asthénie neuro-circulatoire) doivent être analysés à la lumière d'un examen histo-pathologique de la moelle épinière et de la membrane arachnoïdienne spinale. Des modifications périmédullaires et périradiculaires dans l'espace sous-arachnoïdien ont été observées au niveau de la moelle et des racines rachidiennes, correspondant aux troubles somatiques présentés par les malades. Les modifications périradiculaires étaient nettement plus marquées autour des racines postérieures que des racines antérieures. Dans les cellules des cornes latérales, des changements semblables à ceux de la réaction axonale ont été souvent notés. Dans le ganglion spinal postérieur, plusieurs modifications furent constatées, et tout spécialement au niveau des petites cellules. D'autre part, il y avait une prolifération des cellules interstitielles et des cellules de la capsule du ganglion spinal postérieur. En conclusion, les symptômes somatiques présentés par les malades atteints de névrose peuvent principalement être rattachés à des altérations sous-arachnoïdiennes médullaires, affectant surtout les régions péri-radiculaires. En d'autres termes, la sélection

tion d'organes au cours des névroses peut être considérée comme une fixation du système inducteur par l'arachnoïdite chronique. Quatre observations démonstratives sont rapportées. Neuf figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Angiomes et angiomatoses du système nerveux, par V. FLORIS (de Rome). (*Il Lavoro Neuropsichiatrico*, 12^e année, vol. 22, fasc. 2, avril 1958, p. 159-379).

Nombreuses ont été les classifications des angiomes et angiomatoses du système nerveux. L'auteur les rappelle dans une revue critique détaillée. Puis, il propose de distinguer : 1) malformations (angiomes racémeux, artériels, anévrysmes artérioveineux, angiomes racémeux veineux, angiomes caverneux, télangiectasies, maladie de Sturge-Weber, maladie de Wyburn-Mason) ; 2) tumeurs : A) hémangioendothéliomes : soit solides, soit angioblastiques ; B) réticulo-endothéliomes : périvasculaires, simples, ou angioblastiques, répondant aux anciens hémangioendothéliomes périvasculaires simples ou angioblastiques, ou aux périthéliomes ; angioréticulomes ; maladie de Hippel-Lindau. Une étude soignée est alors faite des diverses formes : angiomes artériels, anévrysmes artério-veineux, angiomes veineux, télangiectasies et cavernomes, maladie de Sturge-Weber, anévrysmes cirsoïdes encéphalo-oculaires ou maladie de Wyburn-Mason ; angioréticulomes ; angiomes spinaux (racémeux veineux, caverneux, artério-veineux, malformations artérielles). Les problèmes pathogéniques sont discutés dans toute leur complexité. Il demeure encore à éclaircir beaucoup de points obscurs. De nombreuses observations personnelles appuient les descriptions. Quatre-vingt-cinq figures. Très importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Trois cas d'abcès cérébraux actinomycotiques, par J.-M. BRUCHER, C. DE-REYMACKER et H. VAN DE VOORDE (de Louvain). (*Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, vol. 58, fasc. 5, mai 1958, p. 372-388).

Trois cas d'observations sont rapportés décrivant des abcès cérébraux par actinomyces bovis. Dans les deux premiers (fillette de 10 ans et homme de 50 ans), l'ablation chirurgicale d'un gros abcès frontal droit, suivie d'une antibiothérapie intensive, permit la guérison. La troisième concernait un malade de 50 ans atteint de dilatation des bronches et d'un abcès du poumon. L'absence de foyer net empêche l'opération. L'autopsie montre huit abcès disséminés dans les deux hémisphères. Dans les trois cas, l'aspect histologique des abcès était semblable : capsule conjonctive épaisse et polylobée, entourant un amas de pus à polynucléaires et du caséum. La coloration de Gram et la culture ont mis en évidence l'actinomyces bovis dans chaque cas. Autour de la capsule, existait une prolifération macrogliale marquée, un œdème interstitiel et des réactions inflammatoires surtout plasmocytaires. L'évolution a été rapide (une à trois semaines), avec signes d'hypertension intracranienne et de foyer tumoral de type infectieux. Il fut possible de retrouver le foyer primaire. Les auteurs insistent sur la valeur du diagnostic étiologique, impliquant un traitement actif. La guérison défi-

nitive peut être obtenue par l'exérèse chirurgicale, où les abcès sont localisés, et par une thérapeutique antibiotique intense et prolongée. Sept figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Histologie de quelques aspects physiopathologiques de la poliomyélite humaine, par L. LARUELLE et M. REUMONT (de Bruxelles). (*Acta neurologica et Psychiatrica Belgica*, vol. 58, fasc. 4, avril 1958, p. 297-326).

S'appuyant sur l'examen de 55 cas humains, les auteurs font une étude anatomo-pathologique de la poliomyélite. Ils admettent que le virus détermine, dans l'organisme, deux processus différents : l'un, inflammatoire, l'autre destructif. Au point de vue des lésions, le premier dépasse le second en étendue. Le processus destructeur est essentiellement neurotrope. Cette distinction des deux processus permet de mieux comprendre la sémiologie précoce de la maladie. L'histologie peut préciser la topographie, la répartition, les caractères des lésions de l'appareil d'exécution, les commandes nerveuses respiratoires, neuro-musculaires, touchées par la poliomyélite. Les recherches des auteurs leur ont permis de préciser les fondements anatomiques des troubles végétatifs de la maladie. Cinquante-sept planches de figures en hors-texte. Liste des principales publications et communications du Dr Laruelle concernant le système nerveux végétatif et la poliomyélite.

V.-J. DURAND.

Considérations sur un cas d'encéphalomyélite disséminée avec méningite et découverte de nocardia astéroïdes dans le liquide céphalo-rachidien, par Giordano CALEFFI (de Modène). (*Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. 82, fasc. 2, 30 juin 1958, p. 374-392).

L'auteur présente un cas d'encéphalomyélite disséminée mortelle, avec méningite rebelle à divers traitements antibiotiques. Il fut possible d'isoler du liquide céphalo-rachidien, une nocardia astéroïdes, qui montra un effet pathogène sur le lapin, en produisant des lésions nerveuses. L'examen anatomo-pathologique révéla des foyers disséminés de démyélinisation avec des caractéristiques semblables à celles de la sclérose multiple. Dans le but de rechercher si de telles lésions sont à attribuer aux mycètes isolés, diverses données sont recueillies sur les mycoses du système nerveux et sur la pathogénie des affections démyélinisantes. Certaines corrélations sont mises en évidence entre les deux processus morbides, mais le problème diagnostique n'est pas éclairci. Quatre figures. Très importante bibliographie (119 références).

V.-J. DURAND.

Observations sémiologiques sur l'épilepsie pariétale, par Adriano GUARESCHI et Giorgio MARINATO (de Milan). (*Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. 82, fasc. 2, 30 juin 1958, p. 406-416).

Les auteurs analysent les symptômes de 56 malades présentant des manifestations paroxystiques dues à des lésions du lobe pariétal, ce que montraient les examens artériographiques, encéphalographiques et électro-encé-

phalographiques. Dans huit cas, l'opération permet de vérifier l'existence d'une tumeur cérébrale. Sont successivement décrits : les auras, la perte de conscience, les phénomènes moteurs convulsifs, les troubles neurologiques objectifs, les résultats des examens complémentaires. Les discussions relatives à l'autonomie de l'épilepsie pariétale sont évoquées. Quatre figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Histopathologie et clinique des méningeothéliomes, par Jorge Avendaño Hübner. (*Revista de Neuro-Psiquiatria*, Lima, t. 21, n° 1, mars 1958, p. 12-121).

Une étude histopathologique et clinique est faite de quarante cas de néoformations méningées, constituant 14,40 % des tumeurs du système nerveux. L'imprégnation argentique de Del Rio Hortega a été employée. L'auteur montre l'intérêt d'une classification convenable. Il propose d'adopter le terme de méningeothéliomes, de préférence à celui de méningiomes. Dans la série présente, 75 % des néoformations étaient intracrâniennes, 25 % intrarachidiennes. On note la prédominance dans le sexe masculin et l'atteinte plus fréquente des lobes frontaux. Une description est faite des diverses variétés, montrant que le tableau clinique peut se modifier au cours de l'évolution. Il semble que des néoformations microscopiques en plaques naissent de l'épithélium de la pachyméninge. Dans le tissu connectif, il a été possible de retrouver une évolution progressive, allant des fibrilles argyrophiles du précollagène jusqu'aux nodules épais du collagène adulte. La prolifération vasculaire est très importante. Il y a un œdème interstitiel avec épaississement de la paroi vasculaire. Il ne semble pas que cet épaississement des vaisseaux soit susceptible de déterminer l'occlusion vasculaire. On peut observer des altérations de l'adventice et surtout de l'intima. L'existence de corps psammomateux peut être interprétée comme traduisant des phénomènes dégénératifs. L'indice de malignité s'est montré très faible. Soixante figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Épilepsie psychomotrice par F. HAJNSEK (de Zagreb) (*Neuropsihijatrija* Zagreb, vol. 6, n° 1, 1958, p. 22-36).

L'auteur discute d'abord brièvement la terminologie relative à l'épilepsie psychomotrice. On admet, généralement, maintenant, qu'elle est provoquée par des affections du lobe temporal et des structures adjacentes. La symptomatologie peut être divisée en signes critiques et non critiques, ces derniers comprenant des troubles neurologiques et mentaux. L'influence du rhinencéphale est ici particulièrement soulignée. Les symptômes critiques peuvent être distingués en : non convulsifs, convulsifs, sensoriels et psychosensoriels. Il faut mettre à part les états de fugues. L'électro-encéphalogramme pendant l'attaque et celui des phases intercritiques sont différents. On peut observer spécialement entre les crises, l'activité psychomotrice de quatre à six cycles par seconde avec parfois des pointes focales sur les régions temporales antérieures. Ces pointes peuvent remplacer l'activité psychomotrice. De tels changements sont plus souvent trouvés après emploi

des diverses méthodes d'activation (cardiazol, mégimide, kémithal, stimulation lumineuse intermittente). On peut mentionner pour le diagnostic différentiel les crises de petit mal, l'état confusionnel schizophrénique, les automatismes post-critiques du grand mal. Pour le traitement, les méthodes associées sont nécessaires. L'auteur n'a pas obtenu de bons résultats de la phénacétylurée, qui a aggravé les troubles mentaux. Les interventions chirurgicales peuvent s'imposer en cas d'échec de la thérapeutique médicamenteuse. Cinq figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

THÉRAPEUTIQUE

Deux années consécutives d'études portant sur les rapports de la chlorpromazine et le développement de convulsions chez cinquante malades post-lobotomisés, par A. PAGANINI et M. ZLOTLOW. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 114, n° 9, mars 1958, p. 839).

Les convulsions épileptiques comme complication de la chlorpromazine ont été notées par de nombreux auteurs. Le travail actuel a porté sur 50 sujets lobotomisés traités par la chlorpromazine et suivis pendant une période de deux ans. Ces sujets étaient atteints de schizophrénie. Sur ces 50 sujets, 25 avaient présenté des crises avant d'être lobotomisés. Les doses de chlorpromazine ont varié de 200 à 800 mg. par jour.

Chez les 25 lobotomisés qui avaient présenté des crises avant la lobotomie et qui étaient traités par des anti-convulsivants, cinq ont eu des crises et parmi ceux-ci deux ont été atteints d'état de mal. Les crises sont survenues durant les deux à quatre semaines au début du traitement par la chlorpromazine et ne se sont pas aggravées dans la suite. Les 16 autres sujets ne présentèrent aucune crise.

Chez les 25 lobotomisés qui n'avaient jamais eu de crise, aucun ne fut atteint de crise, mais un malade mourut subitement.

On avait pensé que chez les lobotomisés la cicatrice cérébrale aurait pu favoriser le déclenchement des crises sous l'influence de la chlorpromazine. Il n'en a rien été. Il n'y a aucune contradiction à utiliser la chlorpromazine chez les lobotomisés qui ont présenté des crises avant l'intervention.

L. MARCHAND.

Action de la chlorpromazine diminuant le nombre de rechutes chez 716 sujets mis en liberté, par B. POLLACK (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 114, n° 8, février 1958, p. 749).

Sur 716 malades traités par la chlorpromazine, 316 ont été mis en liberté. Sur ce nombre, 133 ont continué leur traitement ; 7 % ont présenté une rechute. Parmi les 183 qui n'ont pas continué le traitement, 79, soit 25 %, ont été réhospitalisés. Remis au traitement, 38 furent rapidement de nouveau améliorés, ce qui prouve qu'ils n'auraient pas présenté de rechute

s'ils avaient continué leur traitement. La plupart des sujets mis en liberté avaient été hospitalisés durant des périodes allant de 2 à 5 ans et 9 % de 6 à 25 ans. La moitié étaient des schizophrènes et les autres étaient atteints de formes mentales variées.

L. MARCHAND.

De l'acide nucléique chez les vieillards présentant un affaiblissement de la mémoire, par E. CAMERON (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 114, n° 10, avril 1958, p. 943).

Les études ont porté sur 23 vieillards : l'acide déoxyribonucléique et l'acide ribonucléique ont été utilisés. Les doses initiales ont varié de 100 à 500 mg. Elles ont été au maximum de 4 g. d'acide déoxyribonucléique et de 2 g. d'acide ribonucléique par jour en injections intraveineuses. Les résultats furent bons chez 50 % des sujets ; les meilleurs résultats furent observés chez les malades qui présentaient des troubles sévères de la mémoire et une confusion marquée. Ils survenaient après quatre à cinq injections. Après deux semaines de traitement, il n'était pas nécessaire de continuer le traitement. Quand l'amélioration de la mémoire n'était que partielle, la continuation du traitement ne donnait pas de meilleurs résultats. Les injections intraveineuses sont préférables à l'administration orale. Comme complications, on a noté une élévation de température, des troubles gastro-intestinaux, une sensation douloureuse à l'endroit de l'injection.

L. MARCHAND.

Le coma insulinique en déclin, par L. BOURNE (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 114, n° 11, mai 1958, p. 1015).

L'auteur avait déjà antérieurement publié un article intitulé « Le mythe de l'insuline ». Il passe en revue divers mémoires dans lesquels l'action de cette méthode thérapeutique est plus ou moins discutée. Depuis quatre ans, la désillusion s'est encore accentuée. Cette méthode est irrationnelle ; sa base empirique est discutable. L'auteur explique les raisons pour lesquelles elle conserve encore une appréciation unanime. Elle est la première dont l'application a permis la guérison psychologique de schizophrènes. Actuellement, en ne tenant pas compte de son manque de raison, elle expose le malade et le psychiatre à un nombre de risques qui ne sont pas justifiés. La mentalité qu'elle entraîne n'est pas négligeable. Elle prend un temps précieux pour le personnel et le médecin et, ce qui est pire que tout, elle empêche le docteur et le malade de se livrer à d'autres problèmes concernant la schizophrénie. Il n'y a pas de doute que le traitement insulinique sera plus lent à disparaître qu'il ne le fut à être accueilli.

L. MARCHAND.

Impressions cliniques sur l'action du traitement par la promazine, par L. FINK et G. VLAVIANOS. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 114, n° 11, mai 1958, p. 1031).

La promazine fut administrée à 200 malades âgés de 20 à 70 ans à la base de 300 mg. à 1,5 g. par jour pendant deux à treize mois. Comme diag-

nostics, on note schizophrénie paranoïde, hétérophrénique, catatonique, ou simple (152 malades), psychose maniaque dépressive (4 malades), psychonévrose (7 malades), psychose avec affaiblissement mental (5 malades), psychoses alcooliques (32 malades).

La promazine améliore nettement les symptômes secondaires des psychoses et permet une meilleure utilisation de la psychothérapie. Le pourcentage des améliorations des psychoses chroniques est élevé. Les malades sont moins portés à détruire et les moyens de contention ne sont plus nécessaires. On n'a noté aucune complication convulsive ni aucun signe d'accoutumance, même chez les alcooliques.

L. MARCHAND.

Aspects cliniques de la susceptibilité au méthylpentynol, par E. MARLEY et A. BARTHOLOMEW. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 21, mai 1958, p. 129).

Le méthylpentynol (oblivon) a été introduit en thérapeutique comme un important sédatif produisant la relaxation mentale et la diminution de l'anxiété. Les auteurs ont traité 54 malades à la dose de 0,5 g. par jour pendant cinq jours, précédée pendant une semblable période de capsules inertes.

Des effets toxiques apparurent entre le troisième et le cinquième jour chez 32 sujets. Les accidents disparurent en quatre jours après la suppression du produit.

Les phénomènes toxiques comprennent des troubles oculaires tels que dilatation et paresse des pupilles, diminution du réflexe cornéen, nystagmus, suffusions conjonctivales, ptosis. Les muscles de la face ont perdu de leur tonicité. On constate de la dysarthrie, du tremblement de la langue, des symptômes d'ataxie cérébelleuse. On observa des anomalies dans les tracés électro-encéphalographiques.

Les troubles mentaux ont consisté en modifications de l'humeur et surtout en dépression avec irritabilité. Des sujets présentèrent de la dysphasie, de la paraphasie, des altérations de l'image de soi, des illusions, et probablement des hallucinations, des troubles de la mémoire portant sur la période toxique. Ces complications ont été surtout très accusées dans un cas après la suppression du médicament.

Le menthylpentynol s'accumule dans l'organisme. La dose de 2 g. par jour est bien trop élevée quand il s'agit d'un long traitement.

L. MARCHAND.

Des crises pendant le traitement avec les dérivés de la phénothiazine, par D. McLEAN, H. MARTIN, R. ELLINGSON et J. S. SMITH. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 114, n° 10, avril 1958, p. 931).

Les dérivés de la phénothiazine ne produisent des crises de grand mal que si de hautes doses sont données à certains malades. Si, parmi ces dérivés, la promazine semble celui qui s'accompagne le plus fréquemment de crises, on ne note pas dans l'intervalle des accès de modifications ou des décharges électro-encéphalographiques. Cette complication convulsive cesse avec la suspension des médicaments.

L. MARCHAND.

Inhibition par la chlorpromazine du choc mortel provoqué par l'histamine, par G. MILANO. (*Nevrasse*, VI, 1956, n° 6, avril 1958, pp. 535-541).

L'auteur a observé qu'on peut protéger le cobaye du choc mortel provoqué par l'injection intra-cardiaque d'histamine (0,49 mg. par kg. de poids) grâce à l'injection intra-péritonéale préventive de chlorpromazine (0,3 mg. environ par kg. de poids).

L'effet protecteur de cette substance est attribué par l'auteur à la diminution de la réactivité du système neuro-végétatif, au relâchement de la musculature des gros vaisseaux et des bronches contractées par l'histamine et à l'action anti-œdématisante que le médicament développe, d'où la protection des vaisseaux capillaires.

R. ROBERT.

Importance des traumatismes physiques et psychologiques dans le développement de la schizophrénie, par G. MILANO (*Nevrasse*, VI 1956, n° 6, avril 1958, pp. 542-558).

L'auteur étudie systématiquement, dans la littérature psychiatrique et d'après sa propre expérience clinique, l'incidence des facteurs traumatisants sur la survenue et le développement de la schizophrénie. Il conclut que les traumatismes physiques et psychologiques ne peuvent être considérés que comme des causes complémentaires, précipitant ou révélant le processus schizophrénique sous-jacent survenu lui-même sur un terrain prédisposé. Au cours de l'évolution d'une schizophrénie patente, les traumatismes peuvent également hâter l'aggravation du syndrome de dissociation.

R. ROBERT.

Un cas d'arachnodactylie (syndrome de Marfan) avec épilepsie, par G. MILANO et C. CAMURATI. (*Nevrasse*, VI, 1956, n° 6, avril 1958, pp. 577-591).

Les auteurs décrivent un cas rare de syndrome de Marfan associé à l'épilepsie et proposent à ce phénomène des explications pathogéniques rattachant la cause des malformations dolichosténoméliques aux troubles du développement mésodermique embryonnaire, troubles souvent associés à des dysplasies des tissus de dérivation ectodermique.

R. ROBERT.

Note préliminaire sur le traitement des psychoses par le coma insulinaire obtenu à l'aide d'insuline associée aux substances hypoglycémiantes par voie orale, par C. CAMURATI (*Nevrasse*, VI 1956, n° 4, mars 1958, pp. 381-383).

Etude préliminaire sur les possibilités de l'utilisation des nouvelles substances hypoglycémiantes en thérapeutique psychiatrique. La cure de Sakel est commencée par l'auteur (chez cinq malades) à l'aide de l'insuline seule jusqu'aux doses comatogènes, puis la dose d'insuline est réduite cependant qu'on y associe le D. 860 (c'est-à-dire le N-méthyl-benzol-sulfonyl-N-butylurée). Il suffit ainsi de doses d'insuline de 40 à 50 % inférieures aux doses comatogènes, cependant que le D. 860 est administré à la dose de 0,5 g. environ. Même si on augmente le D 860, on ne peut réduire davantage la quantité d'insuline nécessaire au coma.

R. ROBERT.

Une nouvelle méthode thérapeutique : le choc diencéphalique par l'association chlorure d'ammonium-acétylcholine, par G. BIANCHI et D. FER-RAZZI. (*Nevrasse*, VI, 1956, n° 5, mars 1958, pp. 425-436).

Les auteurs utilisent une nouvelle technique de choc par l'association chlorure d'ammonium-acétylcholine. Le chlorure d'ammonium est administré par voie veineuse à la dose de 5 cc. à 10 %, et aussitôt après est injectée par la même voie l'acétylcholine à raison de 0,50 g. de bromure dissous dans 2 cc. d'eau distillée. La crise qui survient cinq à quinze secondes après est comparable à la crise acétylcholinique, mais absolument inconsciente et amnésique. Les résultats thérapeutiques obtenus après une série de ces chocs sont encourageants puisque, chez des malades chroniques considérés comme irrécupérables, une certaine amélioration clinique a été notée. Par ailleurs, la technique serait facilement pratiquée et remarquablement bien tolérée, tant au point de vue affectif qu'au point de vue physiologique. Quant au mode d'action de cette thérapeutique de choc, il semble bien impliquer un point d'impact essentiellement diencéphalique.

R. ROBERT.

Expériences cliniques avec la sérotonine chez les schizophrènes, par L. CAMPI et C. CAMURATI. (*Nevrasse*, VI, n° 5, mars 1958, pp. 469-474).

Les auteurs étudient chez cinq schizophrènes les effets physiologiques et psychologiques d'un traitement quotidien prolongé par la sérotonine. Celle-ci est injectée une fois par semaine par voie intra-rachidienne et les jours intercalaires par voie intraveineuse. Cette méthode est poursuivie pendant six semaines. Au point de vue physiologique, les auteurs n'ont pas observé de modifications humorales notables. Au point de vue clinique, les auteurs n'ont obtenu aucune transformation ni même variation de la symptomatologie, ni dans le sens d'une amélioration, ni dans le sens d'une aggravation.

R. ROBERT.

Considérations sur l'utilisation de la bénactyzine dans les névroses : étude clinique, par B. BISIO et A. SOGNI (*Nevrasse*, VI 1956, n° 5, mars 1958, pp. 483-494).

Ayant essayé la bénactyzine sur 60 sujets atteints de névroses et de psychonévroses diverses, les auteurs rapportent qu'ils n'ont pas obtenu les effets favorables qui avaient été signalés pour cette drogue tranquillisante. La bénactyzine a été administrée par voie buccale, à la dose de 12 comprimés par jour pendant 20 à 30 jours, indépendamment de tout autre traitement chimique ou psychothérapique. La très légère action tranquillisante relevée dans certains cas se trouve diminuée par l'interférence possible de facteurs psychologiques (suggestion).

R. ROBERT.

Psychanalyse et diéthylamide de l'acide lysergique. Fondements pour une thérapeutique combinée, par L.-G. DE ALVAREZ DE TOLEDO, A. FONTANA et F. P. MORALES (de Buenos Aires). (*Acta Neuro-Psiquiátrica Argentina*, vol. 4, n° 1, janvier-mars 1958, p. 28-36).

L'action du L.S.D. 25 amène le malade à un état régressif avec impression d'identité avec le thérapeute, avec le cosmos, sentiment d'omnipotence. L'interprétation de ces phénomènes et d'autres également possibles conduit à rechercher le contact et entraîne une externalisation du monde intérieur. Le malade se confond, cycliquement, avec l'analyste, et se défend de cette situation en se déconnectant progressivement. La déconnexion est vécue de façon concrète comme mort et destruction. L'externalisation progressive des objets distincts qui sont reconnus comme parties du moi fait que le malade considère le médecin comme son double. Pendant le cours de l'action de l'acide lysergique, le sujet exprime et réalise ses fantaisies imaginatives par le moyen de la dramatisation, des images sensorio-motrices visuelles et, finalement, verbales.

V.-J. DURAND.

Sur les médicaments tranquillisants, par Silvana SCHIPA (de Lecce) (*Folia Psychiatrica*, Lecce, 1^{re} année, 1958, p. 137-158).

Après avoir passé en revue les médicaments tranquillisants, l'auteur s'arrête plus spécialement à l'étude de l'hydroxyzine et du méprobamate. Les propriétés pharmacologiques, le mécanisme d'action, la tolérance et la toxicité sont décrits. En ce qui concerne les possibilités d'emploi des médications tranquillisantes, il faut noter que l'efficacité du méprobamate est surtout nette dans les états d'anxiété, de tension, d'irritabilité, et dans tous les cas où se montre nécessaire une action tranquillisante, non inhibante des activités psychiques supérieures. Ce produit est, d'autre part, exempt de tous les inconvénients psychiques et somatiques, propres à d'autres médicaments à action dépressive. L'absence de toxicité et d'effets collatéraux, la possibilité d'arrêter l'administration sans incidents, sont des facteurs qui, associés à l'efficacité, font considérer le méprobamate comme un médicament de grande valeur. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Association électrochoc-médicaments neuroplégiques en thérapeutique psychiatrique, par Bruno RIBOLI (de Pesaro) (*Note e riviste di psichiatria*, 50^e année, fasc. 4, octobre-décembre 1957, p. 771-793).

Pour l'auteur, l'association d'électro-choc et de neuroplégiques est une bonne méthode thérapeutique, à condition de prendre certaines précautions. Elle est surtout efficace dans les syndromes d'excitation psycho-motrice (principalement maniaque), dans les états dépressif et mélancolique, enfin, dans la schizophrénie (simple, hétéphrénique et catatonique). Indiquant les principes d'application de cette thérapeutique, l'auteur précise que les complications sont évitables quand on emploie la méthode de l'électro-choc à basse intensité ou celle de l'électro-choc contrôlé. Il est alors possible de déclencher l'accès convulsif avec une minime quantité de courant électrique trans-

cérébral. D'autre part, il faut donner des doses de neuroleptiques ne dépassant pas 300 mg. de chlorpromazine par jour, ni 4 mg. de réserpine. L'auteur ne semble pas redouter les complications signalées par l'association électro-choc-réserpine. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Manifestations polynévritiques et psychiques au cours d'un traitement par les sels d'or, par N. VASILESCU, Constanta BALACÉANU-STOLNICI, V. CIRNU et Jana DROCAN. (*Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia*, Bucarest, 2^e année, n° 4, juillet-août 1957, p. 342-347).

Il s'agit de l'observation d'une malade qui, au cours d'un traitement par les sels d'or, présentait une polynévrite douloureuse avec troubles sensitifs, accompagnée de fibrillations musculaires généralisées, de modifications psychiques réalisant d'abord un aspect dépressif anxieux, puis un syndrome confuso-onirique. L'affection s'est aggravée au cours de la première semaine. Puis, on a administré du dimercaptopropanol. La disparition des signes nerveux et mentaux s'est effectuée progressivement avec disparition totale au bout de trois mois.

V.-J. DURAND.

Expériences avec la réserpine dans le traitement de quelques psychoses endogènes et symptomatiques, par Paul JÉRI. (*Revista de neuropsiquiatria* Lima, t. 20, n° 3, septembre 1957, p. 343-358).

Sont présentés ici les résultats du traitement de 159 cas de psychoses endogènes et symptomatiques, en employant la réserpine seule. L'auteur considère que le médicament a une activité limitée en psychiatrie. Il peut s'utiliser dans les cas aigus de réactions psychotiques, en cures de quatre à six semaines. Il agit surtout sur les états d'anxiété, de tension, d'inquiétude, d'excitation, d'agitation. Les effets sont inconstants, les troubles psychopathologiques primaires ne se modifiant pas. Pour éviter de graves complications, il est indispensable d'interrompre la réserpine au moins huit jours avant de commencer une cure par méthodes de choc. Dans la schizophrénie chronique, la réserpine peut produire des améliorations isolées considérables. Il est recommandé par l'auteur d'y recourir avant de mettre en œuvre les procédés chirurgicaux. Bibliographie importante.

V.-J. DURAND.

Résultats cliniques obtenus par le traitement avec le méprobamate chez 37 malades mentaux, par G. MACCAGNANI (d'Imola). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 47, fasc. 1, janvier-février 1958, p. 96-100).

Les résultats obtenus par le traitement au méprobamate de 37 malades mentaux (16 schizophrènes, 7 déprimés anxieux, 4 maniaques, 8 sujets ayant des psychoses involutives, 2 obsédés) ont été, dans l'ensemble, encourageants. Tandis que, dans les syndromes névrotiques, le médicament a montré une bonne efficacité (avec, parfois, rémission complète de la symptomatologie), en ce qui concerne les psychoses, il a agi surtout sur l'anxiété, sur l'insomnie, sur l'agitation psychomotrice qui accompagnent fréquemment les troubles psychotiques. Il a alors essentiellement une action symptomatique.

V.-J. DURAND.

Syndrome hémorragique thrombocytopénique apparu dans le cours du traitement par le sommeil prolongé, par Carlo FRANCHINI (de Novare) (*Nevrasse*, vol. 6, n° 3, 1956, p. 278-286).

Une malade de 55 ans est soumise pour un état d'excitation à une cure de sommeil prolongé. Les médicaments utilisés étaient la chlorpromazine (150 mg. par jour en injections), le gardénal (30 cg. par jour), le nembutal (30 cg. *pro die*). Au bout de dix jours, apparaissent des ecchymoses diffuses, une stomatite hémorragique, des épistaxis, des hémorragies vaginales et rectales. Les examens biologiques montrent l'existence d'une anémie avec thrombocytopénie. Il y avait également une splénomégalie modérée. Un traitement à base d'hémostatiques et de transfusion corrigea les troubles. Il semble possible d'incriminer l'action toxique de l'association chlorpromazine-barbituriques, avec atteinte des plaquettes sanguines.

V.-J. DURAND.

Étude clinique, électroencéphalographique et électrocardiographique d'un nouveau médicament psychomimétique : l'ester méthylique de l'acide phényl-pipéridyl (2) acétique (ritaline), par Primo Giorgio LÉVI et Luigi SINISI (de Gênes). (*Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. 82, fasc. 1, 31 mars 1958, p. 205-220).

L'ester méthylique de l'acide phényl-pipéridyl-(2)-acétique (ritaline) peut s'employer, comme médicament psychomimétique en clinique psychiatrique, dans un but psycho-diagnostique. D'autres indications du produit, employé à doses modérées et *per os*, sont les formes dépressives et les psychonévroses avec composantes d'asthénie et de ralentissement psychomoteur. Sept figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Traitement par électrochoc et succinylcholine. Considérations sur 553 applications, par R. DA PIAN, A. MARCHESINI et E. NOVELLO (de Padoue) (*Rassegna di Neuropsichiatria*, vol. 12, n° 1, 1958, p. 6-14).

Les auteurs se rapportent à une série de soixante cas traités par l'association de succinylcholine et d'électro-choc, avec un total de 553 applications. Ils précisent les indications, les contre-indications, la technique adoptée, les résultats obtenus. La diffusion de ce procédé thérapeutique leur semble souhaitable à cause des avantages réels qui y sont attachés : possibilité d'étendre les applications de l'électro-choc à des malades qui, autrement, en seraient exclus, absence pratiquement totale d'inconvénient. Il convient aussi de mettre en relief l'avantage d'utiliser la technique d'électro-choc avec glissando à la main, technique qui donne la certitude d'éviter l'électro-absence en atteignant toujours le seuil convulsivant. Evidemment, il est nécessaire de bien connaître les problèmes anesthésiologiques nécessaires pour la réalisation correcte du traitement associé. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

La production artistique figurative des malades mentaux ; quelques considérations sur le style particulier du dessin des schizophrènes ; intérêt diagnostique et avantages de l'art-thérapie, par Luigi TELATIN et Gastone MACCAGNANI (d'Imola). (*Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. 82, fasc. 1, 31 mars 1958, p. 31-54).

Les auteurs rapportent sur l'activité d'un atelier d'art qui a fonctionné pendant trois ans à l'hôpital psychiatrique d'Imola. Ils montrent les buts essentiels de cet atelier, l'organisation pratique et les techniques utilisées par les malades. Mettant délibérément de côté toute évaluation esthétique, ils font quelques considérations psycho-pathologiques sur le style de la production des schizophrènes. La méthode constitue un excellent complément diagnostique, parfois de grande importance. Cependant, c'est surtout un moyen pratique et efficace de faciliter la psychothérapie aussi bien individuelle que de groupe. On peut, avec certains, parler d'art-thérapie. Les auteurs évoquent quelques opinions sur le problème des productions artistiques des malades mentaux. Onze figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Supervision de la psychothérapie, par Frederik F. WAGNER (de Copenhague) (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 11, n° 4, octobre 1957, p. 759-768).

On peut distinguer trois types de supervision au cours de la psychothérapie : centrée sur le malade, centrée sur le thérapeute, centrée sur le processus. En pratique, les trois méthodes sont associées. La supervision est une activité volontaire, limitée pratiquement à une heure par semaine pour une période de six mois, obligatoire, régulièrement organisée. Le but essentiel est d'aider le débutant en face de son premier malade traité par la psychothérapie. L'auteur décrit les diverses phases de la méthode, indique les précautions à prendre, montre les responsabilités du « superviseur ». Ces responsabilités sont doubles ; elles concernent l'enseignement, la formation du débutant, et aussi le traitement du malade. Il faut donc une grande prudence pour éviter tout ce qui pourrait nuire à la cure. La supervision est un procédé hautement différencié, qui doit être soigneusement maîtrisé et contrôlé. A ces conditions, il constitue un enseignement créateur.

V.-J. DURAND.

Effets de la pneumoencéphalothérapie dans la cure des épileptiques, par Carlo FRANCHINI et A. M. FERUTTA (de Novare). (*Nevrasse*, vol. 6, n° 2, 1956, p. 151-156).

L'introduction de doses massives d'air par voie intrarachidienne a été étudiée par les auteurs dans le traitement des épileptiques. L'expérience leur a montré que de petites soustractions de liquide céphalo-rachidien suivies de l'introduction de faibles quantités d'air ne suffisaient pas à donner des améliorations sensibles. Ils pensent que, par rapport aux traitements anti-épileptiques habituels, ce procédé offre l'avantage de ne pas troubler la structure psychique du malade. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

La mysoline dans la cure du grand mal épileptique, par C. FRANCHINI et A. M. FERUTTA (de Novare). (*Neurasse*, vol. 6, n° 2, 1956, p. 176-183).

Les auteurs ont étudié le comportement de 24 épileptiques avec crises de grand mal traités pendant un an par la mysoline. Après avoir exposé les résultats favorables obtenus, ils concluent en affirmant que le médicament doit être utilisé dans les cas de grand mal, rebelles à d'autres méthodes. Dans la série étudiée, il n'a été constaté aucun effet nocif secondaire. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Observations préliminaires sur l'action du méprobamate sur la symptomatologie neurologique et psychique des épileptiques et des parkinsoniens, par G. MACCAGNANI (d'Imola). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 47, fasc. 1, janvier-février 1958, p. 73-76).

L'emploi du méprobamate chez cinq épileptiques et quatre parkinsoniens, placés à l'hôpital psychiatrique, a démontré l'existence d'une action anticonvulsive assez nette chez les premiers malades. Cette action a été vérifiée par des électro-encéphalogrammes répétés. Chez les parkinsoniens, le médicament, soit seul, soit associé à des produits spécifiques, a permis d'obtenir, dans trois cas, une sensible diminution de la rigidité musculaire, du tremblement et de la sialorrhée, avec influence bénéfique sur les symptômes psychiques. De tels résultats pourraient légitimer des recherches ultérieures plus étendues.

V.-J. DURAND.

ENFANCE ET ADOLESCENCE

Du service des assistantes familiales (homemakers) dans la réhabilitation psychiatrique, par K. ALDRICH (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 114, n° 10, mai 1958, p. 993).

Cent vingt-huit agences de « homemakers » fonctionnent actuellement. Elles comprennent des femmes destinées à soigner les enfants de familles où les soins font défaut. Ces assistantes familiales sont choisies et instruites spécialement. Créées au début pour se substituer aux mères atteintes d'une affection physique, elles sont maintenant appelées à remplacer les mères atteintes de maladies mentales. Elles peuvent ainsi rendre de grands services aux psychiatres.

Les six conditions suivantes peuvent se présenter. 1° Si le père des enfants reste seul à la maison, le rôle de l'assistante familiale est de faire en sorte que la mère retrouve à son retour son foyer bien tenu et ses enfants en bon état. 2° Si la maladie de la mère est temporaire, la durée des soins peut être de quelques semaines à un an. 3° Si une personne vient faire le ménage, l'assistante familiale ne s'occupe que des enfants. 4° Si la mère rentre convalescente, l'assistante n'a pas à la soigner ; elle ne prend soin que des enfants. 5° Si un psychiatre donne des soins à la mère convalescente, l'agence

doit être prévenue par la famille. Elle entre en communication avec le psychiatre. L'assistante familiale peut signaler une rechute. 6° L'agence juge si le service demandé est réel.

En résumé, le service des assistantes familiales peut contribuer au retour dans la famille de mères dont l'état exige, peut exiger ou a exigé des soins psychiatriques dans un hôpital. Il joue un rôle prophylactique en supprimant l'insécurité et l'anxiété chez des enfants séparés de leur mère.

L. MARCHAND.

Encéphalopathie kystique multiloculaire d'enfants, par L. CROME (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 21, mai 1958, p. 146).

Cette forme d'encéphalopathie infantile a été décrite sous les termes de « ramollissement kystique multiple du nouveau-né », « encéphalopathie dégénérative progressive », « porencéphalie encéphalo-clastique », « polyporencéphalie », « encéphalomalacie multiloculaire ».

Dans l'observation actuelle, il s'agit du cerveau d'un enfant décédé à l'âge de trois mois et demi. Il est le siège d'une encéphalopathie kystique multiloculaire symétrique. Les cavités sont situées dans les régions profondes du cortex, surtout au niveau des pôles antérieurs et postérieurs du cerveau.

Son poids avec le cervelet et le bulbe est de 300 g. (poids normal : 540 g.). A l'examen histologique, on note que quelques veines de l'espace sous-arachnoïdien sont obstruées par des productions de tissu conjonctif partiellement recanalisées. Certaines veines ont leurs parois épaissies et calcifiées. Des artères sont aussi obstruées ; leurs parois sont le siège d'un tissu conjonctif embryonnaire. L'auteur fait une revue de cas semblables et admet que les lésions vasculaires peuvent être interprétées comme résultant de l'organisation de thrombus anciens (neuf photomicros).

L. MARCHAND.

Action de la chlorpromazine sur le comportement des enfants agités, par G. LANE, W. HUBER et L. SMITH. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 114, n° 10, avril 1958, p. 937).

La difficulté est d'apprécier les formes du comportement. L'expérience a porté sur huit garçons âgés de 10 à 12 ans. La chlorpromazine à la dose de 25 mg. a été administrée trois fois par jour. Elle semble agir davantage sur les violences physiques que sur la nervosité. Six enfants présentèrent moins de violences physiques tandis que celles-ci augmentèrent de fréquence chez deux enfants. Quatre sujets furent moins nerveux tandis que quatre autres le furent davantage. Il résulte de ces expériences qu'il existe des variations considérables pour un même sujet donné d'un jour à l'autre et aussi d'un sujet à un autre sujet.

L. MARCHAND.

La leucodystrophie infantile métachromatique tardive, par M. JEFFERSON (*Proceedings of the Royal Society of Medicine (section de neurologie)*, vol. 51, n° 3, mars 1958, p. 160).

La sclérose cérébrale diffuse comprend un ensemble de maladies qui peu-

vent être divisées en trois groupes : 1° la maladie de Schilder, 2° la leuco-encéphalite subaiguë et ses analogues, 3° les leucodystrophies infantiles, dont les formes sont encore mal établies. C'est la description de cette dernière forme que présente l'auteur.

L'âge du début est généralement de 20 mois et la durée de l'affection jusqu'à la mort est de 15 mois. On ne note rien de particulier au point de vue héréditaire. La marche devient impossible, puis la paralysie atteint les membres et le cou. L'hypotonie s'associe à la faiblesse musculaire ; les réflexes tendineux sont abolis, le réflexe plantaire est en extension. Des spasmes accompagnés de cris peuvent avoir lieu. L'état mental de l'enfant s'affaiblit, le langage finit par disparaître ; on constate de la surdité et de la cécité d'origine corticale. Le tableau clinique de la rigidité décérébrée peut persister quelques semaines avant la terminaison fatale.

Le diagnostic est souvent difficile avec l'encéphalite sclérosante subaiguë, la maladie de Schilder, l'idiotie familiale amaurotique. Le tracé électro-encéphalographique dans un cas de l'auteur a été caractérisé par une dysrythmie générale, qui fut dominée par une activité delta.

Pathologiquement, on note une démyélinisation massive dans les hémisphères cérébraux, affectant à la fois cylindraxones et myéline. Dans les cellules et les astrocytes, on note une substance qui se colore métachromatiquement avec le bleu de toluidine, et qui est une forme de lipide.

Le processus pathogène de l'affection est encore indéterminé. Il semble avoir un rapport nosologique avec les lipidoses cérébrales.

L. MARCHAND.

Des problèmes concernant les rapports entre le comportement des enfants et leur état psychiatrique à l'âge adulte. Etude portant sur 150 sujets suivis pendant trente ans, par P. O'NEAL et L. ROBINS (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 114, n° 11, mai 1958, p. 961).

La mémoire a trait à 150 sujets qui ont été suivis pendant trente ans, de leur âge infantile à leur âge adulte. Il est ainsi résumé :

Les enfants qui ont été traités dans une clinique sont atteints plus tard de maladies psychiatriques plus fréquemment que les sujets pris comme contrôle.

Les adultes chez lesquels le diagnostic de personnalité sociopathique est posé sont ceux qui comme enfants avaient été des délinquants. La plupart de ceux qui sont atteints de psychose ont eu dans leur enfance un comportement antisocial entraînant des démêlés avec la justice.

Les sujets qui ne présentent aucun trouble mental à l'âge adulte n'ont eu que des symptômes névrotiques durant leur enfance.

Les enfants atteints seulement de névrose appartiennent à des classes de familles socio-économiques supérieures à celles des enfants anti-sociaux et délinquants. Plus tard, à l'âge adulte, on ne note pas parmi eux de différence comme fréquence de troubles mentaux.

Les enfants appartenant à des familles désunies ne présentent pas à l'âge adulte plus de troubles mentaux que les autres.

L. MARCHAND.

Le mauvais usage du diagnostic de schizophrénie infantile, par H. MOSSE. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 114, n° 9, mars 1958, p. 791).

La schizophrénie n'est pas une maladie de l'enfance. Elle débute dans l'adolescence et la pré-adolescence. On abuse de ce diagnostic. Considérer comme schizophrènes des enfants qui présentent des symptômes émotifs est une erreur. Sur 60 cas de sujets âgés de moins de 14 ans, on a ainsi fait des erreurs de diagnostic ; parmi ces enfants, il se trouvait des délinquants juvéniles, des épileptiques, des épileptoïdes, des endocriniens, des arriérés. Certains présentaient des formes légères d'agnosie, d'apraxie, d'aphasie, des troubles de l'audition, de la dyslexie. Le diagnostic peut être difficile avec la personnalité schizoïde psychopathique. On n'a pas encore précisé les limites de la normale aux différents âges des enfants. Le « mosaïc-test » est particulièrement utile pour différencier les cas de névrose obsessionnelle-impulsive à base affective de ces formes sévères qui sont réellement des symptômes de schizophrénie. Avec de telles erreurs, on peut priver des enfants de mesures sociales constructives et psychothérapiques qui leur seraient profitables.

L. MARCHAND.

La phobie de l'école : étude sur la manière dont l'anxiété se communique, par L. EISENBERG. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 114, n° 8, février 1958, p. 712).

La phobie de l'école doit être distinguée de l'école buissonnière. L'enfant qui fait l'école buissonnière se promène au lieu d'aller à l'école. Le sujet atteint de la phobie de l'école fait partager à ses parents son incapacité de se rendre à l'école ; il ne veut pas quitter le domicile de ses parents durant les heures d'école. Il est généralement d'intelligence normale ou supérieure. Il manifeste parfois son incapacité de se rendre à l'école par des prétendues douleurs abdominales, par des nausées, des vomissements et des syncopes. Il a également la crainte d'avoir des vomissements à l'école mais c'est celle de quitter sa mère ou plus rarement le père qui est à la base de la phobie. Le traitement consiste pour les enfants âgés au retour à l'école et pour les plus jeunes des soins dans une nursery-école. Si l'enfant reste à la maison, son anxiété augmentera. Dans 26 cas, l'auteur note une anxiété aussi prononcée chez les parents que chez l'enfant au moment de la séparation. Il constate le mode de formation des symptômes et les considère comme représentant un modèle concernant la formation d'un comportement névrotique. La tâche du psychiatre n'est pas suffisante après que l'enfant a repris le chemin de l'école ; il doit aussi traiter les parents.

L. MARCHAND.

Contribution des théories associatives de l'apprentissage à la compréhension du développement infantile, par C.-B. HINDLEY (de Londres). (*The British Journal of Medical Psychology*, vol. 30, n° 4, 1957, p. 241-249).

Les théories contemporaines de l'apprentissage tendent à être behavioristes, mais d'une manière plus méthodologique que métaphysique. En général,

les défenseurs de ces théories n'ont pas donné beaucoup d'attention aux problèmes de l'hérédité. Cependant, ils admettent des différences héréditaires dans les qualités de l'apprentissage. L'auteur évoque les problèmes, posés par le niveau sensori-moteur, la perception, la motivation primaire, la motivation secondaire, l'anxiété, l'agression et la dépendance, l'imitation et l'identification. Plusieurs conceptions freudiennes seraient capables de réforme en termes de principes d'apprentissage, ce qui permettrait des déductions plus clairement définies et des essais plus rigoureux de validation. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Traitement simultanée de la mère et de l'enfant, par Eileen BERRYMAN (de Princeton). (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 11, n° 4, octobre 1957, p. 821-829).

Une des plus grandes erreurs dans le traitement de l'enfant est de sous-estimer le rôle de la mère. Il est nécessaire de traiter simultanément l'enfant et sa mère, comme le fit Paula Elkisch. Un exemple est rapporté, permettant de voir comment les problèmes du transfert sont abordés et résolus. Ce procédé thérapeutique peut aider à diminuer l'anxiété immotivée et l'hostilité observées si souvent chez les mères d'enfants névrotiques.

V.-J. DURAND.

Encéphalopathie infantile avec épilepsie et état de mal mortel au cours d'une furonculose, par Y. RADERMECKER (d'Anvers) (*Acta neurologica et Psychiatrica Belgica*, vol. 58, fasc. 1, janvier 1958, p. 86-94).

Un enfant de 12 ans, à l'occasion d'une infection banale indéterminée, fait une encéphalopathie avec état de mal épileptique. L'aspect est celui d'une encéphalopathie périnatale, mais avec aphasia sensitivo-motrice très grave et hémiplegie droite. La guérison survient en huit à dix mois. Cependant, des séquelles comitiales subsistent, difficiles à traiter. En 1944, une furonculose s'accompagne d'un état de mal sévère et prolongé. En 1951, un électro-encéphalogramme montre une dysrythmie généralisée sans signes nets de latéralisation. A l'âge de 30 ans, se produit un nouvel état de mal à l'occasion d'une furonculose suivie de broncho-pneumonie. L'autopsie montre une sclérose cérébrale, accompagnée de porencéphalie de tout le lobe temporal gauche, avec encéphalite localisée de type métastatique. A droite, les lésions manquent, sauf quelques infiltrats lymphocytaires périveineux méningés. A gauche, on voit des thromboses vasculaires anciennes reperméabilisées. L'auteur indique que, dans les hémiplegies infantiles, les crises épileptiques peuvent être dues à des infections connues ou non, jouant un rôle déclenchant. L'épisode terminal prouve que l'infection n'a déterminé une encéphalopathie métastatique qu'au niveau de l'hémisphère atteint. Il faut souligner l'absence des troubles caractériels à attribuer à l'épilepsie temporale et l'intégrité de l'hippocampe opposé, malgré trois états de mal épileptique. Neuf figures en hors-texte.

V.-J. DURAND.

Les convulsions hyperthermiques chez l'enfant, par R. RADERMACKER (d'Anvers). (*Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, vol. 58, fasc. 1, janvier 1958, p. 50-64).

Parmi les convulsions de l'enfance, l'auteur étudie plus spécialement les convulsions hyperthermiques à la lumière de 50 observations personnelles. Il envisage la physiopathogénie de ces états, en discute les modalités, puis conclut que ces convulsions sont, comme la plupart des convulsions infectieuses de l'enfance, en dehors de celles dues aux encéphalites primitives, consécutives à des atteintes encéphalopathiques plus ou moins bénignes, réponses non spécifiques cérébrales à des processus infectieux généraux déterminés ou non. Le pronostic des convulsions hyperthermiques n'est pas toujours anodin ; il dépend de l'âge, du contexte clinique plus ou moins grave, de l'électro-encéphalogramme, du terrain, des accidents périnataux et des tares héréditaires éventuelles.

V.-J. DURAND.

Corrélations électro-cliniques dans 300 cas de convulsions de l'enfance, par G. ANDRÉ-BALISAUX et R. GONSETTE (d'Anvers). (*Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, vol. 58, fasc. 1, janvier 1958, p. 31-49).

Chez 300 enfants ayant présenté des convulsions entre l'âge de quelques jours et celui de 15 ans, les auteurs ont étudié l'étiologie, le pronostic et les données de l'électro-encéphalographie. Dans 59 % des cas, ces convulsions furent symptomatiques ; dans 41 %, elles se produisirent sans aucune cause apparente immédiate ou en l'absence de commémoratifs héréditaires. Parmi des convulsions symptomatiques, les auteurs font un groupement d'après les facteurs étiologiques pour établir ensuite au sein de chaque classe des corrélations électro-cliniques. Trois points sont discutés : 1) l'âge de l'enfant au moment de l'apparition des crises se révèle constituer un élément de valeur. En effet, le groupe de moins de trois ans est le plus important, représentant 60 % de l'ensemble des convulsions de l'enfance, 73 % de celles-ci étant symptomatiques, 27 % asymptomatiques. Par contre, dans le groupe des malades âgés de plus de trois ans (40 %), la participation des convulsions asymptomatiques est de 65 % contre 35 % de symptomatiques. 2) Dans le groupe des convulsions symptomatiques, il existe des corrélations étroites entre l'importance des altérations électro-encéphalographiques et le degré de participation du système nerveux central au processus morbide. 3) Enfin, dans l'étude du facteur terrain, il faut insister sur les caractéristiques de la barrière hémato-encéphalique de l'enfant, sur sa fragilité, sa sensibilité particulière à l'anoxémie, ainsi qu'à ses lésions lors des maladies infectieuses. Les séquelles de ces atteintes de la barrière hémato-encéphalique dans le jeune âge constituent une partie du facteur terrain et expliquent chez certains enfants la prédisposition à réagir aux différentes agressions ultérieures, par des manifestations pathologiques de leur système nerveux central, en particulier par des convulsions. Huit figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

PSYCHOLOGIE

L'anthropologie philosophique et la psychiatrie actuelle, par Carlos LAMBRUSCHINI (de Rosario). (*Acta Neuropsiquiátrica Argentina*, vol. 4, n° 2, avril-juin 1958, p. 187-193).

La problématique de l'homme dans la philosophie moderne comprend trois thèmes essentiels : historicité de l'homme, l'homme dans la société, l'homme et la transcendance. L'auteur montre l'influence de l'anthropologie philosophique en psychiatrie. Il rappelle quelques conceptions des principales écoles et les applications pratiques possibles en clinique. La position anthropologique inaugure une nouvelle voie d'accès vers l'esprit perturbé et vers une meilleure interprétation des faits qui constituent son contenu. La reconnaissance de la maladie comme une forme existentielle, comme une forme de l'être, peut permettre la compréhension réelle des faits morbides, d'où découle la mise en œuvre de techniques curatives ou de réadaptation. « Considérer la maladie comme une catégorie de l'individu signifie envisager avec un critère intégral la réalité psychique et spirituelle de cet individu, parce que ce n'est pas uniquement l'organe qui est malade, mais l'homme dans sa totalité. »

V.-J. DURAND.

Point de vue d'actualité sur les concepts de suggestion et d'hypnose, par Marcelo LERNER. (*Acta Neuro-Psiquiátrica Argentina*, vol. 4, n° 2, avril-juin 1958, p. 156-166).

Passant en revue quelques opinions récentes sur la suggestion et l'hypnose, l'auteur donne sa définition personnelle de ces deux notions. Pour lui, la suggestion est un processus de communication résultant de l'acceptation totale d'une idée qui détermine une modification idéoplastique du sujet, c'est-à-dire qu'il s'agit d'une modification psychosomatique globale avec des localisations spécifiques plus marquées en ce qui concerne les idées suggérées et acceptées. Il faut admettre l'absence de fondement logique pour leur acceptation. Quant à l'hypnose, c'est un état psychosomatique complexe, développé par suggestion et proche du rêve, dans lequel l'esprit se concentre de manière globale, ce qui détermine l'accès par voie psychique aux noyaux psycho-neuro-endocriniens de la personnalité profonde, permettant ainsi une idéoplastie extraordinairement accrue, dans tous les plans de l'être psychophysique, dépassant largement les limites de la volonté consciente.

V.-J. DURAND.

L'évaluation de la motivation humaine par la méthode projective d'appréciation de la motivation, par Arrigo Leonardo ANGELINI (de São Paulo). (*Revista de Psicologia Normal e Patológica*, São Paulo, 4^e année, n° 1-2, janvier-juin 1958, p. 3-14).

Sont exposés ici les fondements théoriques et expérimentaux d'un nouveau procédé d'évaluation de la motivation humaine. La méthode, proposée

par McClelland et ses collaborateurs aux Etats-Unis, est introduite par l'auteur au Brésil sous la dénomination de M.P.A.M. Les recherches entreprises sont décrites, avec considération particulière du motif de réalisation, c'est-à-dire, du motif qui pousse l'individu à la compétition en vue de réaliser un modèle d'excellence. Le procédé permet d'ailleurs de préciser n'importe quel motif humain. Divers commentaires sont faits sur les problèmes de la précision et de la validité du test. De nombreuses possibilités d'application sont offertes. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

L'âme du malade, par Honorio DELGADO (de Lima). (*Revista de psicologia general y Aplicada*, Madrid, vol. 13, n° 45, janvier-mars 1958, p. 5-18).

L'auteur montre la situation psychologique de l'homme en face de la maladie, l'attitude de l'homme à l'égard du médecin, celle de celui-ci en face de l'âme du malade. Pour le médecin, le sujet souffrant constitue à la fois le client, le cas et le patient. Très importantes sont les forces spirituelles dans la maladie et dans la cure. Jamais le médecin ne doit les perdre de vue. Un problème délicat est celui de la vérité due au malade sur le pronostic de son affection. Montrant les rapports de la profession médicale avec l'essence des carrières artistiques, scientifiques et sacerdotales, l'auteur en indique cependant le caractère ineffable, irréductible, unique.

V.-J. DURAND.

La motivation au point de vue clinique, par Leonardo ANCONA (de Milan). (*Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 19^e année, fasc. 3, mai-juin 1958, p. 217-241).

La motivation constitue une activité psychique qui peut s'étudier particulièrement bien en adoptant la méthode clinique de recherche psychologique. Une telle méthode se montre capable de saisir le dynamisme intime du comportement motivé et dérive en partie de la doctrine psychanalytique et en partie de la psychologie classique à orientation dynamique. Dans une semblable synthèse, la psychanalyse perd le caractère excessivement biologique et, en conséquence, déterministe, que lui avait donné son fondateur. Cela apporte une contribution, surtout, aux points de vue de ses plus modernes défenseurs qui ont mis en lumière l'activité du moi. De leur côté, les données de la psychologie traditionnelle sont complétées et approfondies par la considération de l'activité inconsciente du psychisme. Envisageant les individus du point de vue de la méthode clinique, on peut noter qu'ils présentent trois modes fondamentaux de fonctionnement global : l'un basé essentiellement sur la recherche du plaisir, le second sur l'adhésion à la réalité et aux normes de la société, le troisième à la recherche des valeurs. L'analyse génétique démontre que chacun de ces trois modes se rapporte à un stade de maturation émotionnelle progressive. Quelques sujets ont accompli une telle maturation jusqu'au niveau le plus élevé, celui de la recherche des valeurs. D'autres se sont arrêtés à un des niveaux primitifs. Les individus adultes sont caractérisés par un mélange plus ou moins variable de ces modes de fonctionnement ou par l'existence exclusive de l'un d'eux. A la base de ces comportements, on peut placer des moti-

vations spécifiques qui, selon le niveau, peuvent être appelées : motivations narcissiques ou égoïstes, motivations opportunistes ou conformistes, motivations de haute valeur. La psychanalyse avait mis en évidence uniquement les deux premiers de ces niveaux, mais n'avait pas reconnu l'existence des motivations de haute valeur. L'auteur décrit les traits essentiels des comportements répondant aux différents niveaux. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

BIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE

Réponses électriques du cervelet à la stimulation sonore chez le chat, par N. MARUYAMA, T. KAGITOMI, H. SHINODA, A. HIGUCHI, Y. KANNO et M. MORIMOTO. (*Acta Medica et Biologica*, mars 1957, n° 4, pp. 317-324).

Les auteurs étudient les potentiels évoqués dans le cervelet du chat par des stimulations sonores et électriques. Ils obtiennent, par les stimulations sonores, des potentiels évoqués au niveau du lobus simplex et du vermis, qui sont abolis par la destruction bilatérale du colliculus inférieur mais non par la destruction bilatérale des corps genouillés médians et des zones de projection auditive du cortex cérébral. Les voies auditives semblent donc parvenir au cortex cérébelleux par le colliculus inférieur. L'activité électrique déclenchée au niveau du cervelet par les stimulations sonores à un seuil élevé, tout comme celui des réflexes auditivo-musculaires, alors qu'au niveau du cortex cérébral les seuils de réactivité électrique aux stimulations sonores sont plus bas, tout comme les seuils d'acuité sensorielle auditive.

Enfin, les stimulations électriques du cortex cérébral au niveau des zones de projection auditive entraînent l'apparition de potentiels évoqués au niveau du vermis, du lobus simplex et du . Les voies de projection vers le cervelet sembleraient donc passer à travers le cortex cérébral.

R. ROBERT.

Céphalée, activité électrique cérébrale et niveau glycémique. Recherches cliniques sur quelques aspects corrélatifs du problème, par P. ARCANGELI, M. NISTRI, R. SFERLAZZO, R. FURIAN et A. ARCANGELI (de Florence). (*Rivista di Neurobiologia*, vol. 4, fasc. 2, avril-juin 1958, p. 177-193).

Une recherche comparative a été faite chez des sujets normaux et des céphalalgiques sur l'apparition de la céphalée, les modifications électro-encéphalographiques et les taux glycémiques déterminés par l'apparition de l'insuline associée ou non à du glucose. Les résultats peuvent être résumés comme suit : chez les sujets normaux, une hypoglycémie produite expérimentalement par les doses d'insuline employées n'est pas capable de déterminer l'apparition de céphalée, ni d'entraîner des modifications électro-encéphalographiques appréciables. Chez ces sujets, l'administration de doses importantes de glucose ne produit que de faibles variations électro-encéphalographiques. Chez des malades présentant des céphalées périodiques, on peut noter des modifications du tracé, même dans les conditions d'enregistrement de base, avec une certaine labilité répondant à l'instabilité du

niveau de vigilance. Chez de tels malades, l'administration d'insuline accentue ces caractéristiques et augmente l'activation par hyperpnée, tandis qu'elle détermine une céphalée qui a des caractéristiques propres chez chaque sujet, rappelant celles de ses céphalées spontanées. Chez quelques malades seulement, la céphalée apparue après administration d'insuline cesse avec l'administration de sucre. Les auteurs soulignent le manque de parallélisme entre la durée des anomalies électro-encéphalographiques et la céphalée. Trois figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Contribution expérimentale à l'étude de la circulation sanguine encéphalique, Étude analytique, anatomique, physiologique et expérimentale, par Francesco BURRUANO (de Palerme). (*Rassegna di Neuropsichiatria*, vol. 12, n° 2, 1958, p. 105-183, et vol. 12, n° 3-4, 1958), p. 189-289).

La première partie de cet important travail comprend, après une introduction très détaillée consacrée aux travaux sur la circulation cérébrale, un rapport anatomique de la distribution des vaisseaux de l'encéphale et de leurs particularités de division dans les divers segments du tronc cérébral et des hémisphères. De nombreuses précisions sont fournies sur ce sujet souvent discuté.

La seconde partie s'ouvre sur des notions générales de physiologie de la circulation encéphalique évoquant le problème de la vaso-motricité cérébrale. Puis, sont décrites les méthodes de recherche employées par les différents physiologistes. Enfin, sont passés en revue les résultats des expériences personnelles de l'auteur chez l'animal. Chez des chiens jeunes (de deux à quatre ans), est pratiquée une fenêtre crânienne fronto-pariétale (suivant la méthode de Leb) simple ou associée à une fenêtre occipitale (ce qui permet également d'observer le cervelet). L'auteur a étudié et apprécié les effets déterminés sur la circulation sanguine pio-encéphalique, sur la pression artérielle générale et sur la respiration par des substances pharmacologiques diverses. Des essais ont été faits avec : acétylcholine, adrénaline, noradrénaline, alcool éthylique, aminophylline, ronicol, histamine, bicarbonate de soude, hexaméthonium, caféine, novocaïne, pentothal, dihydroergotamine, hydergine. Les expériences ont été faites sur des animaux non anesthésiés, en injectant, dans les veines ou dans la carotide, les produits étudiés. Certains ne déterminent aucune modification appréciable des phénomènes physiologiques recherchés (novocaïne, pentothal) ; d'autres (noradrénaline, aminophylline, caféine, dihydroergotamine) provoquent de la tachypnée, une hypertension artérielle générale, de la vasoconstriction pio-encéphalique ; la caféine donne d'abord de la vasoconstriction, puis de la vaso-dilatation. Certains produits (alcool éthylique, acétylcholine, adrénaline, ronicol, hexaméthonium, histamine, bicarbonate de soude, hydergine) entraînent des variations plus ou moins fortes de la tension artérielle avec vaso-dilatation encéphalique. L'observation des vaisseaux méningés est objectivée par des photographies prises avant et après l'injection. Au moyen d'un micromètre, le calibre vasculaire est alors comparé. Dans l'ensemble, il apparaît que l'importance des modifications de la circulation cérébrale varie avec la dose des médicaments étudiés, mais aussi avec la voie d'intro-

duction et avec les modes d'action sur l'organisme animal (sur les parois vasculaires, sur les conditions de la tension artérielle, sur la respiration, par exemple). Vingt-deux figures. Très importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

L'épreuve de Bender dans l'intoxication expérimentale avec la L.S.D 25, par Carlos BAMBAREN VIGIL. (*Revista de Neuro-Psiquiatria*, Lima, t. 20, n° 4, décembre 1957, p. 588-607).

L'épreuve de Bender a été appliquée à douze sujets (cinq normaux et sept psychotiques), intoxiqués expérimentalement par la diéthylamide de l'acide d-lysergique (L.S.D. 25). Pour la notation des résultats, on a employé l'analyse qualitative, d'accord avec les concepts de F. Halpern, et le système quantitatif de G. Pascal et B. Suttell. On tenait compte, d'autre part, de la conduite pendant la passation, du temps de celle-ci et du degré de participation au test. En étudiant comparativement les résultats de chaque épreuve avec ceux d'une épreuve antérieure, il a été loisible de mettre en évidence des différences appréciables. Deux types de réponses ont été délimités : l'un qui refléterait des perturbations surtout motrices, l'autre en rapport avec l'apparition ou l'accentuation d'altérations dans la perception de la forme. Pour expliquer la réponse différente chez les sujets normaux et chez les malades, il est permis d'invoquer une compromission possible de l'acte intentionnel visuo-moteur. Figures. Tableaux. Bibliographie. ,

V.-J. DURAND.

Quelques effets de la L.S.D. 25 chez le chien, par Isidoro BÉRENSTEIN et Teresa OTERO. (*Acta Neuro-Psiquiátrica Argentina*, vol. 4, n° 2, avril-juin 1958, p. 143-149).

L'action de la L.S.D. 25 a été étudiée chez seize chiens par les auteurs qui ont recherché des modifications de la glycémie, de la température, du diamètre pupillaire, de la sécrétion salivaire, ainsi que les symptômes neurologiques et les changements du comportement. Un effet hypoglycémique a été obtenu, maximum pour une dose de 100 g. par kg. de poids corporel, et atteignant 35,53%, entre la deuxième et la sixième heures. En ce qui concerne la température, on note de l'hyperthermie au bout de quinze à quarante-cinq minutes. Le maximum fut constaté avec une dose de 100 gammas par kg. et fut de 0,8° centigrade. Une mydriase est observée, sans doute paralytique, car elle ne réagit pas à la lumière. La salivation est fortement augmentée. Des modifications sensorielles et motrices peuvent se voir, ainsi que d'importants changements du comportement : ataxie, passivité marquée, absence de réaction à un stimulus douloureux et à la lumière, réactions plus fortes aux stimulations sonores. Il semble y avoir une augmentation de l'inhibition corticale. Neuf figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Aspects biologiques actuels de la psychiatrie. Étude clinique et expérimentale sur l'action des propanediols, par C. L. CAZZULLO, R. MONTANARI et R. TERRANOVA (de Milan). (*Revista de Psicologia Normal e Patológica*, São Paulo, 4^e année, n^o 1-2, janvier-juin 1958, p. 15-49).

L'orientation biologique actuelle de la psychiatrie trouve un fondement dans l'étude du mécanisme d'action de remèdes largement employés dans le traitement des maladies mentales. L'analyse psychopathologique des variations des symptômes sur l'action de ces médicaments constitue une corrélation directe entre les données expérimentales et cliniques. Les auteurs ont recherché les propriétés pharmacodynamiques de la myanésine et des dicarbamates, et tout particulièrement du méprobamate. L'expérimentation chez le lapin et les essais chez des sujets sains ou atteints de troubles neurologiques et psychiques sont rapportés. Le méprobamate agit surtout sur la portion thalamique de la substance réticulée. Une large étude clinique a été faite chez des malades dyskinétiques, des épileptiques et des malades mentaux. Le méprobamate s'est montré efficace dans l'épilepsie centroncéphalique. Son action est nette contre l'anxiété physiologique et l'anxiété des névroses et des psychonévroses. Elle est beaucoup moins marquée contre l'anxiété des psychoses. De toute façon, le médicament agit au niveau des structures thalamiques qui interviennent dans l'équilibre des fonctions thymo-psychiques. Neuf figures en hors-texte. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Observations expérimentales sur un nouveau médicament myorelaxateur, par Marcello MILLEFIORINI et Guiseppe DONINI (de Rome). (*Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. 82, fasc. 2, 30 juin 1958, p. 472-484).

Les auteurs ont expérimenté un nouveau médicament produisant une action de relâchement musculaire. Il s'agit de la préparation 13155 Ciba (2-hydrazino-4-6-biodiéthylamino-1-3-5-triazine-dihydrochlorure). Une comparaison est faite avec les propriétés de la méphénésine. Après une revue des caractéristiques pharmacologiques et des recherches électro-physiologiques jusqu'ici exécutées, sont exposés les résultats obtenus sur la résolution de la spasticité réflexe de l'animal spinal. Puis sont indiqués des résultats cliniques et (pour certains malades) chronaximétriques. Chez 36 sujets souffrant d'affections neurologiques et cinq atteints de maladie mentale, l'action est différente de celle de la méphénésine. Il est possible de noter l'efficacité dans les formes de spasticité pyramidale par lésions médullaire. D'autre part, les auteurs ont constaté parfois une modification de l'humeur dans le sens de l'euphorie, en administrant le remède par voie intraveineuse.

V.-J. DURAND.

Expériences cliniques sur les activités pharmacodynamiques d'un antimétabolite de la sérotonine : le B.A.S., par Piero BENASSI (de Reggio Emilia). (*Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. 82, fasc. 2, 30 juin 1958, p. 330-373).

L'auteur a expérimenté un antimétabolite de la sérotonine, le B.A.S., sur des sujets normaux ou des malades mentaux. Il a constaté l'action sédatrice,

anti-anxieuse, ainsi que quelques effets favorables sur les processus schizophréniques. Ces résultats ont été confirmés par l'antagonisme à l'égard du tableau morbide provoqué par la L.S.D. 25. Il y a notamment opposition d'action sur les troubles végétatifs, les réactions anxieuses, les modifications cénesthésiques, la subconfusion post-lysergique. Le B.A.S. empêche la potentialisation du tableau psycho-pathologique provoqué par le L.S.D. 25. L'auteur envisage ces faits à la lumière des connaissances actuelles sur la sérotonine et ses nombreux antimétabolites. Il montre l'intérêt des descriptions phénoménologiques qui permettent d'évaluer l'activité de médicaments psychotropes. En ce qui concerne le B.A.S., les essais cliniques laissent supposer une activité pharmacodynamique indubitable aussi bien théoriquement que pratiquement. Protocoles des expériences cliniques. Très importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Variations produites par la chlorpromazine et par la réserpine sur les activités phosphatasiques du tronc et des hémisphères cérébraux chez le cobaye, par Enrico MARIANI et Giancarlo RÉDA (de Rome) (*Rivista di Neurobiologia*, vol. 4, fasc. 2, avril-juin 1958, p. 309-315).

Les auteurs ont traité dix cobayes par la réserpine, dix par la chlorpromazine intrapéritonéale, dix animaux constituant un groupe de contrôle. Ils ont ensuite dosé biochimiquement les variations des phosphatases alcaline et acide, séparément dans le tronc et dans les hémisphères. Ils concluent que les effets cliniques des doses thérapeutiques des médicaments étudiés s'accompagnent de variations des phosphatases encéphaliques différentes et que les variations rencontrées dans les hémisphères diffèrent par la qualité et l'intensité de celles rencontrées dans le tronc cérébral. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Le problème des potentiels paroxystiques bilatéraux et synchrones en électroencéphalographie. A propos d'observations expérimentales, par Franco ANGELERI (d'Arezzo). (*Rivista di Neurobiologia*, vol. 4, fasc. 2, avril-juin 1958, p. 217-240).

Des observations sont rapportées concernant des potentiels corticaux paroxystiques diffus, bilatéraux et synchrones à type de pointes-ondes spontanées ou évoquées par la stimulation acoustique itérative. Les tracés sont recueillis chez des chats et des rats par des électrodes fixées à demeure. Chez quatre chats, les potentiels corticaux n'étaient pas accompagnés de grapho-éléments analogues dans l'enregistrement contemporain du thalamus médian. Ils persistaient, d'autre part, après la démolition électrolytique de cette zone. Après avoir rappelé brièvement les données essentielles de la littérature, relatives aux divers aspects et aux interprétations variées des potentiels paroxystiques bilatéraux et synchrones décrits en électro-encéphalographie clinique et expérimentale, l'auteur met en doute que le système thalamique à projection diffuse puisse influencer directement le néopallium à travers des voies propres directes vers le cortex cérébral. Dans le cas présent, il refuse à un tel système une fonction active dans la genèse des potentiels paroxystiques observés. Douze figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Corrélations entre quelques aspects de l'activité électrique archipalliale et le comportement. Étude expérimentale chez le rat albinos, par Franco ANGELERI, Giovanni FALEG et Silvano PARIGI (d'Arezzo). (*Rivista di Neurobiologia*, vol. 4, fasc. 2, avril-juin 1958, p. 241-282).

Il existe de nombreuses preuves que la fonction de la formation ammonique ne comprend pas seulement l'olfaction, même si le plus grand contingent des fibres afférentes provient du lobe piriforme. Les recherches anatomo-physiologiques faites pour en préciser la signification fonctionnelle n'ont pas totalement éclairci la question. D'importance particulière apparaît l'étude des corrélations entre activité électrique de l'archipallium et comportement. Les auteurs ont exécuté des recherches de ce genre chez le rat albinos en utilisant des animaux porteurs chroniques d'électrodes pour l'enregistrement du néopallium et de la formation ammonique. Ils ont recueilli des enregistrements de l'activité électrique néopalliale et hippocampique, en observant en même temps les manifestations chez l'animal libre, dans ses phases de veille et de sommeil. Particulièrement intéressante s'est montrée l'étude des modifications de l'hippocampogramme par la stimulation sensorielle. Les stimulations acoustiques ou lumineuses isolées sont en mesure d'évoquer des réponses simples épuisables. Quand de telles réponses existent, elles s'accompagnent de manifestations caractéristiques évoquant un état de surprise et d'émotion. La stimulation afférente peut déterminer la synchronisation de l'hippocampogramme avec des potentiels de voltage élevé et d'une fréquence de 6-7 cycles par seconde, si on atteint une intensité suffisante pour réveiller l'animal. Dans une forte proportion de rats examinés a été notée la survenue de foyers épileptogènes dans la formation ammonique. Ils pouvaient déterminer des after discharges de l'hippocampe ou se propager. Ces foyers pouvaient être activés par des doses sous-convulsivantes de cardiazol et être atténués par des anti-épileptiques. Ainsi apparaît l'excitabilité de l'archipallium. La présence de pointes isolées de haut voltage dans l'hippocampogramme ne s'accompagne pas de modifications critiques du comportement. La crise de l'hippocampe se déroule sans manifestations motrices, mais l'animal prend une attitude caractéristique de statue et semble étranger à l'ambiance. Cependant, des stimulations suffisantes peuvent entraîner des réponses motrices de rage violente. Avec la propagation de la décharge épileptique apparaît une phénoménologie motrice complexe et variable : horripilation motrice, mouvements de propreté, sauts et courses sans frein. Ceci évoque des automatismes. Les auteurs pensent pouvoir reconnaître à l'archipallium une fonction prééminente dans les processus de l'émotion, en rapport avec l'état de vigilance de l'animal, probablement en vertu de relations entre cette zone et les systèmes à projection diffuse. Onze figures. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Recherches expérimentales sur la physiopathologie de la formation ammonique. Note 1. Caractéristiques des décharges ammoniques électriquement produites en propagation de ces décharges, par Milko CARRERAS, Giorgio MACCHI et Franco ANGELERI (de Parme). (*Rivista di Neurobiologia*, vol. 4, fasc. 2, avril-juin 1958, p. 131-175).

Après une description anatomique de l'évolution phylogénétique de la formation ammonique et une critique des termes utilisés pour désigner les

structures rhinencéphaliques et pararhinencéphaliques, fonctionnellement solidaires, mais morphologiquement hétérogènes, les auteurs exposent les résultats de recherches sur la physiopathologie de la corne d'Ammon. Il s'agit plus précisément d'une étude de la propagation des décharges électriquement produites dans l'hippocampe. Les enregistrements corticaux et sous-corticaux multiples chez des chats curarisés ou à encéphale isolé ont permis d'établir que la projection des phénomènes électriques paroxystiques de l'hippocampe se fait dans les directions suivantes : vers l'hypothalamus, vers l'hippocampe opposé, vers les aires paléocorticales et l'amygdale, vers les aires temporales et limbiques. Se trouvent d'autre part, précocement et constamment intéressées par la diffusion de l'after discharge ammonique la région médiane du thalamus et la formation réticulaire du tronc cérébral. De tels résultats obtenus en maintenant comme critère général de discriminer les décharges les plus intenses de celles modérées et en ne considérant pas (sauf exceptionnellement) les faits de généralisation peuvent être expliqués à la lumière des connaissances classiques et récentes sur les connexions anatomo-fonctionnelles de la formation ammonique. Au contraire, plus complexe apparaît l'interprétation des résultats obtenus à la suite des interventions sur diverses structures cérébrales, interventions faites dans l'intention de modifier la diffusion de la décharge de l'hippocampe. Cette décharge n'est arrêtée, ni par la section des commissures inter-hémisphériques, ni par celle du psalterium et du trigone. Mais, une stimulation plus forte devient nécessaire. Dans de telles conditions, il faut invoquer, à côté de la possibilité d'une participation de circuits ordinairement non utilisés et d'une création de foyers autonomes, l'apparition de phénomènes de diffusion de potentiels hippocampiques. Un fait incontestable demeure la grande importance de la formation ammonique, dans la phénoménologie épileptique cérébrale, surtout au niveau des régions hémisphériques postérieures. Les auteurs montrent que l'ablation d'un hippocampe réalise la meilleure condition pour limiter ou même empêcher la projection à son hémisphère de décharges induites dans l'autre hippocampe. Une telle intervention réussit d'ailleurs à empêcher la propagation d'after discharges paléocorticales électriquement produites vers les lobes temporal et occipital. Ainsi, on voit que les phénomènes de diffusion de l'activité convulsive rhinencéphalique gravitent autour de la formation ammonique. Quatorze figures.

V.-J. DURAND.

Psychosyndromes expérimentaux avec les dérivés de l'acide lysergique.

Etudes préliminaires avec L.S.D. et L.A.E., par JAVIER MARIATÉGUI et M. ZAMBRANO. (*Revista de Neuro-Psiquiatria*, Lima, t. 20, n° 4, décembre 1957, p. 451-474).

Ce travail vise à l'étude de l'emploi des dérivés de l'acide lysergique en psychiatrie clinique. Après une révision sur l'utilisation de ces médicaments en psychiatrie, expérimentale, les auteurs commentent les résultats obtenus par l'application de la diéthylamide de l'acide d-lysergique (L.S.D. 25) dans onze cas de psychoses endogènes (quatre psychoses maniaco-dépressives et sept schizophrénies), puis de la monoéthylamide de l'acide d-lysergique (L.A.E. 32), chez deux sujets normaux et quatre schizophrènes agités. On

peut noter l'utilité clinique de la L.S.D. 25 pour l'exploration en profondeur des psychoses. En effet, le produit accentue les symptômes et peut permettre de révéler des formes oligo-symptomatiques ou de faire le diagnostic chez des malades réticents. D'autre part, l'action de la monoéthylamide sur les sphères volitives et instinctives est susceptible d'applications dans le traitement des états d'agitation. Enfin, se vérifie l'existence de divers agents capables de bloquer les psychosynchrones expérimentaux. C'est le cas surtout de la chlorpromazine et de la promazine. Ces produits peuvent interrompre à volonté les tableaux cliniques déterminés par les dérivés de l'acide lysergique. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

ENDOCRINOLOGIE

Nouvelles données sur la physiologie thyroïdienne étudiée avec le microscope électronique, par R. STOLL, R. MARAUD, P. BLANQUET, J. MOUNIER et A. LACHAPÈLE. (*Annales d'endocrinologie*, t. 19, n° 2, mars-avril 1958).

L'étude du développement de la thyroïde de l'embryon de poulet réalisée à l'aide du microscope électronique montre le rôle fondamental des cytomembranes dans la physiologie thyroïdienne puisque ces organites sont responsables de l'élaboration de la colloïde :

1° Dans la phase initiale, qui va jusqu'à onze jours environ, l'état vésiculaire est presque inexistant, alors que les cytomembranes, très peu développées, n'occupent qu'une place restreinte dans les cellules de l'ébauche glandulaire.

Les quelques microvésicules, à colloïde primaire, qui se forment sporadiquement, résultent de la fonte de « bulbes » constitués par l'association de cytomembranes dilatées et de chondriome.

2° Dans la deuxième phase, qui se poursuit après l'éclosion, on assiste à la généralisation de la structure vésiculaire, qui confère à la glande sa morphologie définitive.

Ce phénomène résulte de la formation de nouvelles vésicules aux dépens des bulbes, dont la colloïde primaire s'enrichit d'une colloïde secondaire provenant de l'activité généralisée des cytomembranes.

3° Les phénomènes d'élaboration discrets de la première phase se produisent au niveau des bulbes, où ils sont induits par le chondriome entré en contact avec les cytomembranes.

Par contre, les phénomènes généralisés d'élaboration qui se produisent au cours de la deuxième phase sont dus à l'hypophyse qui stimule le couple cytomembrane-chondriome, cependant capable d'un certain fonctionnement autonome en l'absence de l'hypophyse.

4° On peut ainsi définir le sens des deux phases que l'on note dans le développement thyroïdien. La première correspond à la différenciation de la glande et n'est pas sous le contrôle de l'hypophyse.

Au contraire, la seconde phase se caractérise par l'action intégratrice de

l'hypophyse, dont l'intervention stimulante sur la colloïdogénèse reste toutefois limitée à la production de la colloïde secondaire. Par contre, la formation des vésicules à colloïde primaire se poursuit durant cette phase aux dépens des bulbes sans être influencée par l'hypophyse.

5° On saisit ainsi une partie du mécanisme par lequel l'hypophyse règle indirectement le stockage de l'iode et l'élaboration des hormones thyroïdiennes.

Paul ABÉLY.

Myxœdème avec goitre par trouble de l'hormonogénèse intrathyroïdienne d'apparition tardive chez un adulte, par MM. Jacques DECOURT, R. FAUVERT, J.-L. DE GENNES et G. SUCIER (en collaboration technique de M. R. GUÉRIN, Mme M.-Th. GUÉRIN, MM. A. LOVERDO et R. MICHEL). (*Annales d'endocrinologie*, t. 19, n° 2, mars-avril 1958).

Présentation d'un cas de myxœdème acquis de l'adulte, apparu en quelques mois en même temps qu'un goitre, et dans lequel une étude approfondie du métabolisme de l'iode à l'aide de l'I¹³¹ a mis en évidence un trouble de l'hormonogénèse thyroïdienne.

En désaccord apparent avec les signes cliniques, la courbe de fixation thyroïdienne de l'I¹³¹ montra une ascension rapide à 40 % dès la première heure, puis une chute rapide de 11 % après la 48^e heure, dessinant un « angle de fuite » particulièrement net. Une analyse très précise des différents paramètres du métabolisme de l'I¹³¹ montre l'existence d'un compartiment unique entièrement formé d'iodures non utilisés à la fabrication d'hormones thyroïdiennes. Ces iodures sont en échange libre entre la thyroïde et le plasma, et leur décroissance radio-active est commandée par la clearance rénale. La demi-vie calculée pour l'iode thyroïdien est de 58 heures (alors qu'elle est de 30,5 jours chez les sujets normaux et de 10,4 jours chez des sujets hyperthyroïdiens). Pour l'iode plasmatique circulant, elle est de 44 heures, et pour l'élimination urinaire, de 43 heures. L'espace de diffusion des iodures est de 47,61, soit 20,941 intra-thyroïdiens et 26,71 extra-thyroïdiens, ou 0,331 par kg. de poids.

L'étude de la localisation de l'I¹³¹ circulant lors de la migration électrophorétique des constituants du sérum a confirmé le défaut d'hormonogénèse, en montrant que la radio-activité du sérum était, dans la proportion de 98 %, sous forme d'iodures qui ont migré plus rapidement que les protéines.

Toutes ces données concordent pour identifier chez ce malade un trouble de la biosynthèse thyroïdienne au niveau de l'oxydation des iodures. Un tel trouble avait été noté chez des crétins goitreux (type I de Stanbury) et reproduit par cet auteur chez un sujet normal traité au méthimazole. C'est la première fois qu'il est retrouvé dans un myxœdème acquis de l'adulte, et en dehors de toute administration d'antithyroïdiens de synthèse. L'étiologie, dans ce cas, reste indéterminée.

Un traitement par la triiodothyronine a entraîné une amélioration rapide et continue de tous les signes de la série myxœdémateuse et la régression du goitre.

Paul ABÉLY.

Le comportement de la fonction cortico-surrénale au cours de la sénescence, par MM. ALBEAUX-FERNET, P. BUGARD et J. D. ROMANI. (*Annales d'endocrinologie*, t. 19, n° 2, mars-avril 1958).

Ce travail concernant le comportement des stéroïdes urinaires au cours des processus complexes du vieillissement et portant sur 56 sujets, montre l'existence d'un abaissement progressif du volume de l'excrétion des 17-cétostéroïdes, des corticoïdes réducteurs totaux et des 17-hydroxycorticoïdes ; ce sont les 17-cétostéroïdes qui s'effondrent le plus rapidement et le plus complètement alors que l'abaissement des corticoïdes (17-OH et C.R.T.) est plus progressif. La réponse à l'A.C.T.H., malgré cet abaissement du volume des sécrétions stéroïdiques, reste normale, ce qui traduit l'aptitude de la surrénale de ces sujets à faire face à une agression. Enfin, en règle générale, l'élimination des stéroïdes urinaires est plus élevée chez le sénescant ambulaioire que chez le sénescant alité.

Le Dr Gilbert-Dreyfus souligne l'effet de l'alitement qui se traduit par une baisse nette de l'excrétion des corticostéroïdes urinaires. La surrénale n'est active que chez les sujets debout et actifs, qu'il s'agisse d'un homme de 20 ans ou d'un homme de 80 ans.

Paul ABÉLY.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La séance ordinaire du mois de décembre 1958 (précédée de l'assemblée générale et des élections du bureau pour 1959) aura lieu le lundi 22 décembre 1958, à 15 heures 30, au siège de la Société, 12, rue de Seine, Paris (VI^e arrondissement).

La séance clinique du mois de janvier 1959 aura lieu le lundi 12 janvier 1959, à 10 heures, à l'amphithéâtre Magnan de l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e arrondissement).

La séance ordinaire du mois de janvier 1959 aura lieu le lundi 26 janvier 1959, à 15 heures 30, au siège de la Société, 12, rue de Seine, Paris (VI^e arrondissement).

Nominations

M. le D^r Cl. LEBRUN est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Pau, en remplacement de Mlle SAUCET, appelée à d'autres fonctions.

M. le D^r HAUSER, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Montdevergues (Vaucluse), est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique autonome d'Aix-en-Provence, en remplacement numérique de M. RÉGIS, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le D^r PARIENTE, médecin-assistant à l'hôpital psychiatrique de Villejuif, est réintégré dans le cadre général des médecins des hôpitaux psychiatriques et nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais (Loiret), en remplacement de M. le D^r CARRÈRE, appelé à d'autres fonctions.

M. le D^r J. BRETON, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne), est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Beauregard (Cher), en remplacement de Mme ZANGERLIN, appelée à d'autres fonctions.

M. le D^r J. PUECH, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Prémontre (Aisne), est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Clermont (Oise), en remplacement de M. le D^r LE MAUX, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Mme le D^r RAVAUD (Gisèle) est mise à la disposition du préfet du Doubs en vue d'exercer les fonctions de psychiatre départemental de ce département.

M. le D^r MAUNOURY a été nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Quimper, en remplacement de M. le D^r GAMBS, appelé à d'autres fonctions.

M. le D^r CARRER a été chargé, à titre intérimaire, des fonctions de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'établissement public de Plouguernevel (Côtes-du-Nord), en remplacement de M. le D^r BRUÈRE-DAWSON, appelé à d'autres fonctions.

M. le D^r HOUSER a été nommé médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'établissement public de Bourg (Ain), en remplacement de M. le D^r Hervé DU COUÉDIC, appelé à d'autres fonctions.

Mlle le D^r MICUCCI, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Blida, est placée en position de détachement auprès du ministre des affaires étrangères, en vue d'être mise à la disposition du gouvernement marocain, dans les conditions fixées par la convention franco-marocaine de coopération administrative et technique, à dater du 1^{er} mai 1958, pour une durée de cinq ans.

M. le D^r RATSIMILIARETRANDRA, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'établissement public de Plouguernevel (Côtes-du-Nord), est placé en position de détachement auprès du ministre de la France d'outre-mer, pour une durée de cinq ans, en vue d'être affecté à un poste de médecin des hôpitaux psychiatriques à Madagascar.

M. le D^r JOLIVET est mis à la disposition du préfet de la Seine pour une durée de trois ans à compter du 1^{er} novembre 1958, en vue de sa désignation en qualité de médecin-assistant au centre de prophylaxie mentale Henri-Rousselle.

Mlle le D^r CHAIGNEAU est nommée médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Prémontré (Aisne), en remplacement de M. le D^r PUECH, appelé à d'autres fonctions.

M. le D^r BOUQUEREL, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique autonome de Bailleul (Nord), est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Mont-devergues (Vaucluse), en remplacement de M. le D^r HAUSER, appelé à d'autres fonctions.

Mme le D^r LE CANNU, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Pau, est nommée médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de la Timone, à Marseille (Bouches-du-Rhône), poste créé.

M. le D^r CARCENAC, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de La Roche-sur-Yon (Vendée), est muté en qualité de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne), en remplacement de M. le D^r BRETON, appelé à d'autres fonctions.

Vacances de postes

La vacance de deux postes de médecin-chef est envisagée à l'hôpital psychiatrique de La Roche-sur-Yon (Vendée).

La vacance d'un poste de médecin-chef est envisagée à l'hôpital psychiatrique de Bailleul (Nord).

La vacance d'un poste de médecin-chef est envisagée à l'hôpital psychiatrique de Pau (Basses-Pyrénées).

La vacance d'un poste de médecin-chef est envisagée à l'hôpital psychiatrique de La Charité-sur-Loire (Nièvre).

(J.O. du 19 novembre 1958).

La vacance d'un poste de médecin-chef est envisagée à l'hôpital psychiatrique de Fains-les-Sources (Meuse).

(J.O. du 26 novembre 1958).

Les candidatures doivent être adressées dans un délai de trois semaines à compter de la date des présents avis, au Ministère de la santé publique et de la population, direction de l'administration générale du personnel et du budget, 7, rue de Tilsitt, Paris, 17^e.

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Conditions dans lesquelles les médecins des hôpitaux psychiatriques peuvent percevoir des indemnités

Le ministre de la santé a adressé la circulaire suivante (n° 1842 du 25 juillet 1958, 7^e bureau) aux préfets, aux directeurs départementaux de la santé, aux directeurs départementaux de la population :

Le décret n° 57-383 du 26 mars 1957 (*Journal officiel* du 27 mars 1957) a prévu la possibilité, pour les médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques et des services antituberculeux, de percevoir des indemnités « tenant compte de l'importance de leur service médical et, en particulier, du nombre et de la valeur des honoraires médicaux correspondant aux soins qu'ils donnent aux malades ».

Les ressources nécessaires à l'octroi de ces indemnités doivent être obtenues grâce au versement effectué « par les organismes chargés de l'application des différents régimes de sécurité sociale, d'une partie des honoraires qui seraient dus à des médecins non fonctionnaires pour des soins équivalents ».

Un arrêté du 21 mai 1957 du secrétaire d'Etat au travail a défini les conditions propres à la participation du régime général de sécurité sociale au versement de ces indemnités.

Aux termes de ce texte, des conventions doivent être passées entre les caisses régionales de sécurité sociale et les établissements intéressés pour que les sommes en question puissent être versées aux établissements par les caisses primaires ; ces conventions doivent déterminer les modalités selon lesquelles interviendront ces versements.

Un texte-type de convention accompagné d'une annexe et d'une instruction ont été élaborés et mis au point en accord entre le ministère du travail, la F.N.O.S.S. et le ministère de la santé publique et de la population en ce qui concerne l'application de ses dispositions aux médecins des hôpitaux psychiatriques. Les problèmes posés par l'attribution de cette indemnité aux médecins des services antituberculeux feront l'objet d'une circulaire distincte, actuellement en préparation.

La présente circulaire porte, d'une part, sur la procédure d'établissement des conventions et, d'autre part, sur les conditions dans lesquelles les praticiens intéressés percevront effectivement les sommes qui leur seront destinées.

(*Bull. F.N.O.S.S. méd. soc.*, n° 17, 1958).

Directeur-gérant : Olivier GARAND.

MASSON et C^{ie} Editeurs, Paris

Dépôt légal : 1958 (3^e trimestre). — Numéro d'ordre : 2.371

Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 93.180. — 1958

Printed in France

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE
BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

TR

FONDATEUR :

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :

PAUL ABÉLY

116^e Année - T. 2 - N° 1

Juin 1958

MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS RÉDACTEURS EN CHEF (1843-1956)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,

BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),

LUNIER, FOVILLE, RITTI, Henri COLIN, René CHARPENTIER

Directeur-Gérant : Olivier GARAND

Rédacteur en Chef : Paul ABÉLY

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. X. ABÉLY, H. BARUK, H. BEAUDOUIN, P. BEAUSSART, P. COMBEMALE, P. COSSA,
P. COURBON, I. DELAY, P. DELMAS-MARSALET, J. DUBLINEAU, J. EUZIERE, H. EY,
A. FRIBOURG-BLANC, P. GUIRAUD, J. HAMEL, G. HEUYER, D. LAGACHE, J. LAUZIER,
J. LEPINE, J. LHERMITTE, L. MARCHAND, L. MICHAUX, E. MINKOWSKI, P. NAYRAC,
N. PERON, H. PIERON, A. POROT, M. RISER, Th. SIMON, H. WALLON.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1958)

(L'abonnement part du 1^{er} janvier)

France et Union Française	5.500 frs
Belgique et Luxembourg	725 frs belges
Autres pays	\$ U.S.A. 14.50

(Ces prix sont également payables au cours des règlements commerciaux,
le jour du paiement).

Changement d'adresse : 50 fr.

COLLECTIONS DISPONIBLES, CONDITIONS SUR DEMANDE

Années 1843 à 1957

Les années 1844, 1846, 1847, 1854 et 1860 sont épuisées.

Les années 1843, 1848, 1853, 1874, 1907 et 1948 sont rares et ne peuvent
être acquises qu'avec la collection.

L'année mixte 1914-1915 forme 2 volumes. L'année 1916 et l'année 1917
formant chacune un volume sont réunies pour la vente en une année mixte.

Tables

Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866), 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878), 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930), 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome IV (1931 à 1950), 1 vol.

Chacun de ces 4 volumes contient une table alphabétique par noms d'au-
teurs et une table analytique des matières.

Cinquantenaire de la Société médico-psychologique, 1902, 1 vol.

Centenaire des Annales médico-psychologiques, 1943, 1 vol.

Centenaire de la Société médico-psychologique, 1952, 1 vol.

Les Annales médico-psychologiques forment chaque année 2 volumes in-8°.

(Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus)

Adresser tout ce qui concerne la Rédaction au D^r Paul ABÉLY,
Hôpital Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIV°)

MASSON ET C^{IE}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

Table générale et alphabétique

TOME IV

(1931 à 1950)

Un volume de 858 pages 6.000 fr.
(plus frais d'envoi : 200 fr.)

PRÉCÉDEMMENT PARUS :

Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866), 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878), 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930), 1 vol.

*Ces 4 volumes, contenant chacun une « table alphabétique
par noms d'auteurs » et une « table analytique des matières »
constituent l'unique répertoire bibliographique des travaux
neuropsychiatriques publiés depuis 1843*

COLLECTIONS DU

Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale
depuis sa fondation en 1908

17 volumes brochés avec nombreuses figures dans le texte et planches hors texte
(Tomes I à XV et XVIII). Années 1908 à 1928 et 1930. Le tome XVII (1929) est épuisé

Médecine mentale de guerre - N° spécial, décembre 1917

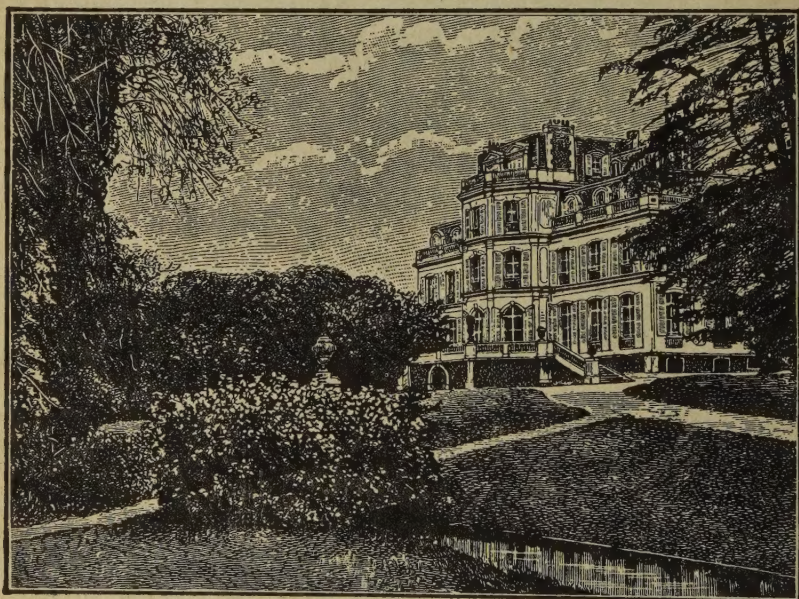
Conditions sur demande

CLINIQUE MEDICALE
DU
CHATEAU DE GARCHES

2, Grande-Rue, GARCHES (S.-&-O.)

Téléph. : MOLITOR 55-55

Docteur GARAND, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris



Thérapeutiques des affections nerveuses

Electro-choc - Insuline, etc. - Narco-analyse - Psychothérapie

Traitements de l'Alcoolisme

CONVALESCENCES - RÉGIMES

MÉDECINE GÉNÉRALE

INSTALLATIONS TECHNIQUES MODERNES
GRAND CONFORT - BEAU PARC DE SIX HECTARES

12.11.1958

Printed in France